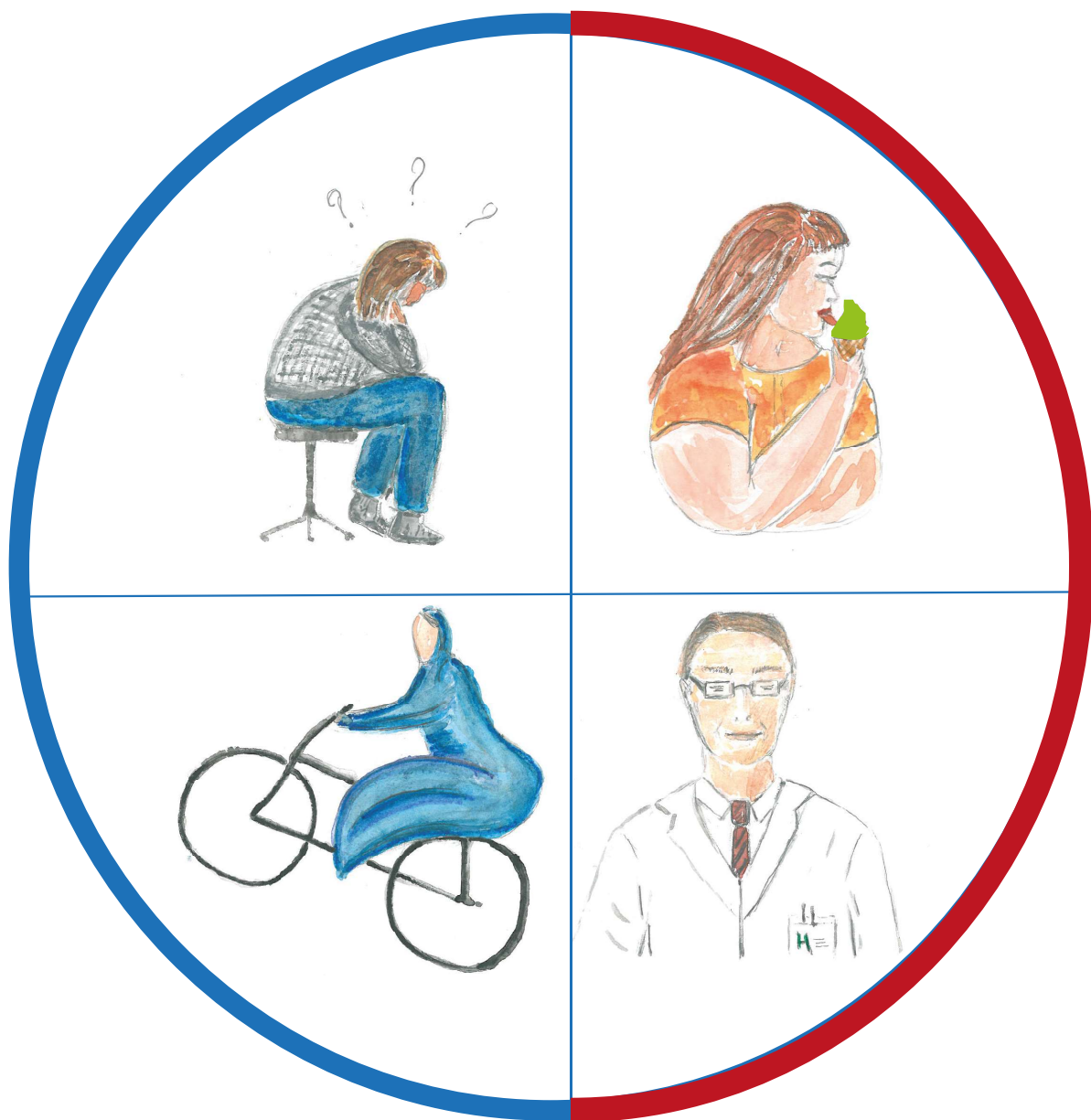


CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ



<https://obesite-hdf.fr/>

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer
Allée Jacques Monod - BP 609
62321 Boulogne-sur-Mer cédex
Secrétariat Nutrition : 03 21 99 32 66

www.ch-boulogne.fr



Madame, Monsieur,

Vous êtes venu(e) consulter un médecin ou un chirurgien digestif en vue d'une prise en charge de votre problème de surpoids. Il pourra répondre à toutes vos questions, mais auparavant nous vous proposons de lire cette brochure explicative qui vous informera sur ce que vous devez d'ores et déjà savoir.

La chirurgie de l'obésité est actuellement une aide efficace à la perte de poids. Toutefois, n'attendez pas tout de la chirurgie : l'obésité n'est pas uniquement un problème d'alimentation, mais de mode de vie. Vous êtes l'acteur principal de la réussite de votre perte de poids. La chirurgie bariatrique est une aide complémentaire aux actions que vous menerez pour modifier vos habitudes alimentaires et de vie.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a clairement défini le cadre dans lequel doit s'inscrire une décision de perte de poids grâce à la chirurgie. Ces différentes techniques sont regroupées sous le terme « chirurgie bariatrique ». Il existe une brochure consultable sur le site internet de l'HAS (www.has-sante.fr).

La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre de la prise en charge globale du patient obèse et non pas uniquement du point de vue chirurgical.

Qu'est ce que l'IMC et comment le calculer ?

L'IMC représente la probabilité que le poids devienne un facteur de risque pour la santé.

En pratique l'estimation de l'excès de poids repose sur le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'IMC c'est le poids (en kilos), divisé par la taille (en mètre) au carré :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids en kg}}{(\text{Taille en m})^2} \quad \text{par exemple } 98\text{kg pour } 1\text{m}70 \quad 98/(1.70 \times 1.70) = 33.91$$

On considère que si l'IMC est : **< ou = à 25**, l'IMC représente un **facteur de risque faible pour la santé** compris **entre 25 et 30**, il y a **surpoids**,
compris **entre 30 et 35**, vous présentez une **obésité de grade I**,
compris **entre 35 et 40**, vous présentez une **obésité de grade II**,
> à 40, vous présentez une **obésité de grade III**.

Qui peut être opéré ?

La chirurgie bariatrique est envisagée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (RCP), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

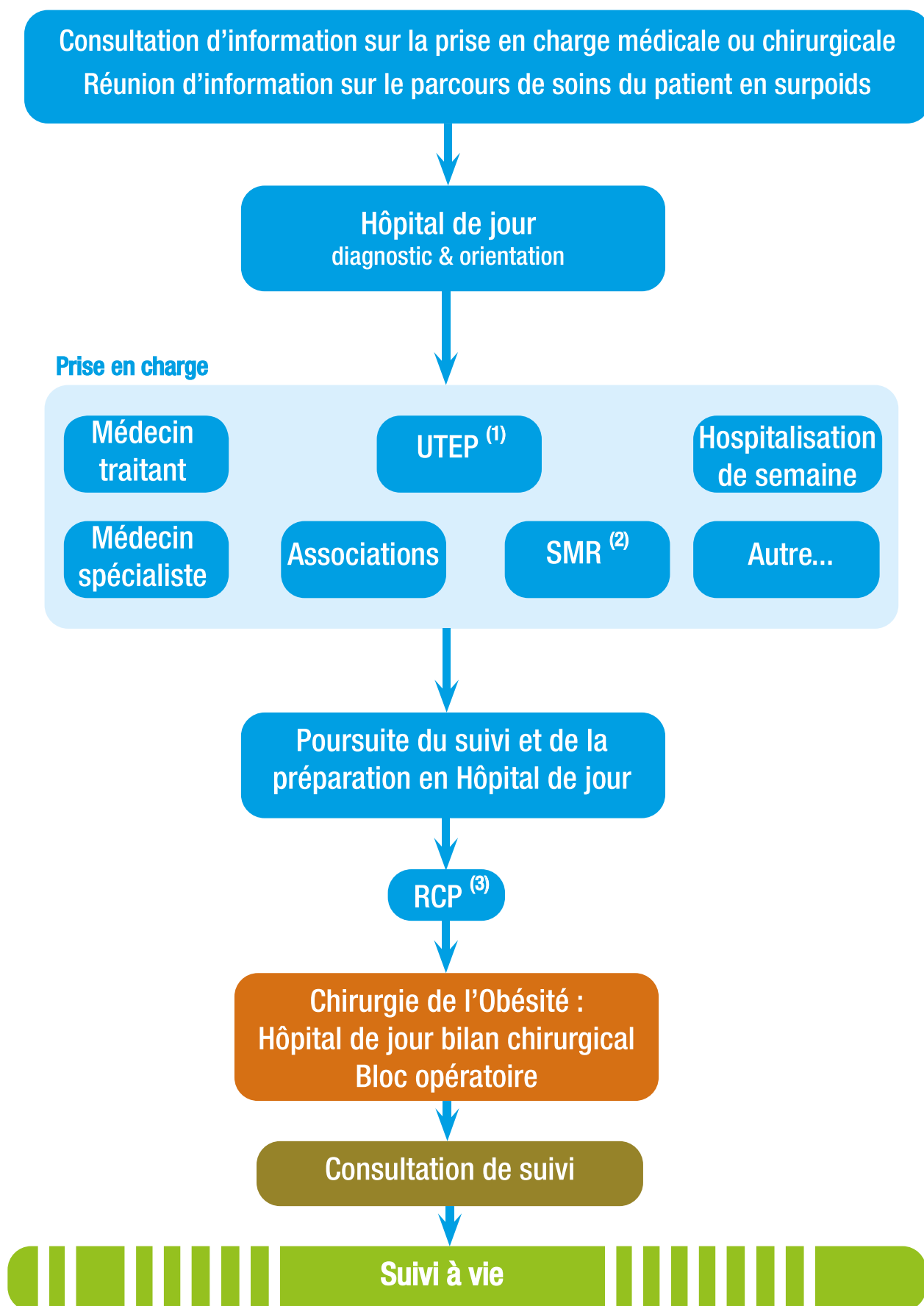
- IMC > 40 kg/m², ou IMC > 35 kg/m² associé à au moins une maladie susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéato-hépatite non alcoolique...),
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires d'au moins 6-12 mois,
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme,
- risque opératoire acceptable.

Quelles situations ne permettent pas l'opération ?

- troubles cognitifs ou mentaux sévères,
- troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire,
- incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé,
- sujets dépendants de l'alcool ou de substances psychotropes licites ou illicites,
- absence de prise en charge médicale préalable identifiée,
- maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme,
- contre-indications à l'anesthésie générale.

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après leur prise en charge et leur correction.

Quel parcours de soins ?



(1) Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

(2) Soins Médicaux et de Réadaptation

(3) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

La préparation à la chirurgie

C'est une étape importante pour le succès de votre prise en charge. La prise en charge est multidisciplinaire, c'est à dire qu'elle fait intervenir plusieurs personnes de compétences différentes (endocrinologue ou nutritionniste, diététicienne, psychologue, éducateur médico-sportif, psychiatre, anesthésiste, chirurgien). Il est donc recommandé ce temps de préparation pour une durée d'au moins 6 mois à 1 an.

C'est un parcours qui peut paraître long mais qui vous permet progressivement de comprendre les raisons de votre prise de poids, de mettre en place toutes les mesures nécessaires pour atteindre vos objectifs et permet aux différentes personnes qui vont vous prendre en charge de mieux vous connaître.

Ce temps sert à vous apprendre comment changer certaines habitudes, certains comportements alimentaires et votre niveau d'activité physique. Il ne s'agit pas d'un régime.

La consultation d'information collective



03 21 99 34 27

Une infirmière spécialisée vous explique le parcours de prise en charge, ainsi que les différentes techniques chirurgicales pratiquées au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

L'hôpital de jour au Cardéo



03 21 99 30 34

Ensemble, vous analyserez les raisons pour lesquelles les tentatives d'amaigrissement antérieures n'ont pas été efficaces, les changements qu'il reste à apporter à votre mode de vie et comment y parvenir. Ceci aboutira à un Programme Personnalisé de Soins tenant compte de vos besoins et attentes.

Durant cette journée d'hospitalisation, vous réaliserez l'ensemble des consultations suivantes :

- **avec un nutritionniste ou endocrinologue** pour évaluer et prendre en charge les pathologies liées au poids.
- **avec le psychologue** afin d'éclaircir certains problèmes pré-existants et de travailler sur votre comportement alimentaire.
- **avec la diététicienne** pour étudier les anciennes habitudes alimentaires et envisager ce que seront les nouvelles.
- **avec un éducateur médico-sportif** afin de renforcer votre niveau d'activité quotidienne.

Les structures et personnes ressources

Pour réaliser et atteindre vos objectifs, vous pouvez être orienté(e) vers des structures ou personnes qui vous viendront en aide (médecin traitant, UTEP, SSR...).

La consultation avec le chirurgien avant RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)

Le chirurgien fera connaissance avec vous et reprendra avec vous les avantages, inconvénients et risques de chacune des opérations chirurgicales.

La RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

L'objectif de la RCP est de valider l'indication de chirurgie. La décision peut être de 3 ordres :

- 1) l'intervention est envisageable,
- 2) votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante. Il vous sera proposé la poursuite de votre prise en charge. A son terme, l'équipe pluridisciplinaire renouvelera la RCP,
- 3) la chirurgie n'est pas envisageable. L'équipe pluridisciplinaire vous explique les raisons et vous propose d'autres solutions.

L'Hôpital de jour pour bilan pré-opératoire

Enfin certains examens particuliers seront demandés par le chirurgien, ou par l'anesthésiste que vous verrez obligatoirement au moins 5 jours avant l'intervention, notamment :

- consultation dentaire avec un calcul du coefficient de mastication,
- consultation cardiologique avec électrocardiogramme, et échographie cardiaque,
- consultation pneumologique : étude de la fonction respiratoire, recherche de troubles du sommeil (syndrome d'apnée du sommeil),
- fibroscopie de l'estomac,
- échographie du foie et de la vésicule biliaire ,
- radiographie pulmonaire et autres examens, si nécessaire.

A l'issue de ces examens, la date opératoire sera programmée en consultation avec votre chirurgien. Vous verrez la diététicienne et le nutritionniste pour prévoir l'alimentation post opératoire et le suivi.

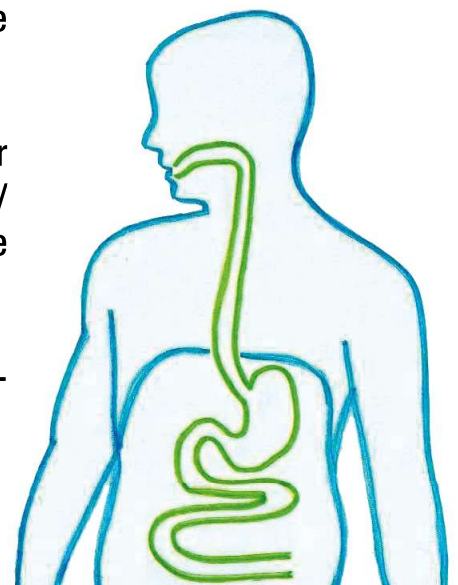
L'intervention chirurgicale

La chirurgie de l'obésité ou chirurgie bariatrique modifie l'anatomie du système digestif.

C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommés (principe de restriction) et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de malabsorption).

3 techniques sont réalisées au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer :

- l'anneau gastrique,
- la sleeve gastrectomie,
- le by-pass.



Toutes ces opérations se font sous coelioscopie c'est-à dire sans grande ouverture de la peau, des muscles et donc la cicatrisation et le rétablissement en sont fortement favorisés.

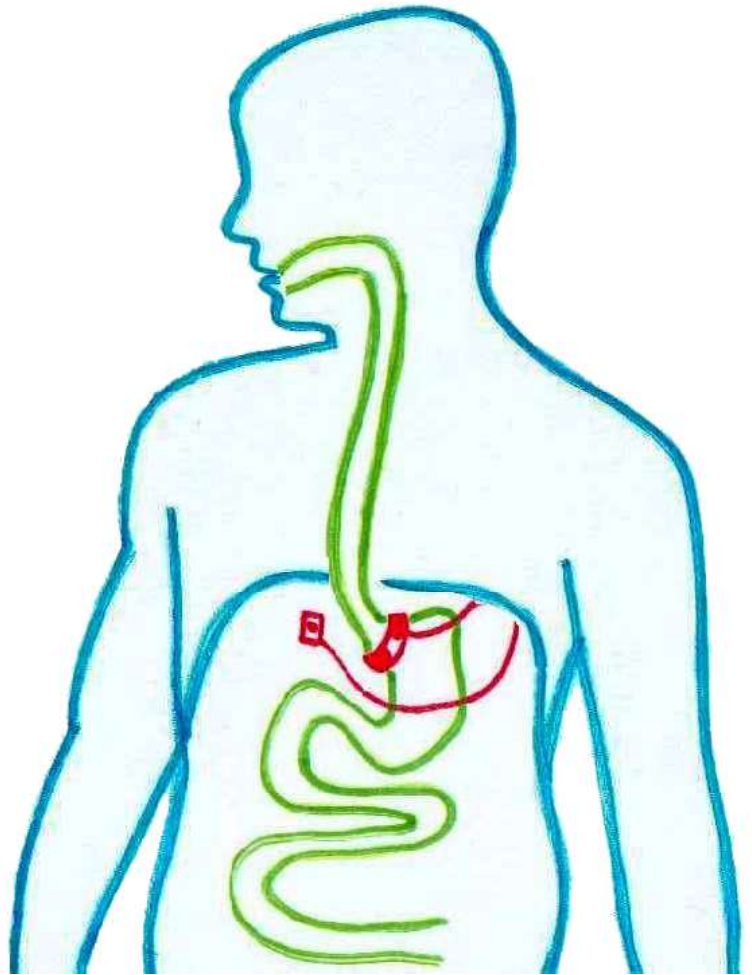
L'ANNEAU GASTRIQUE

Principes :

C'est une technique restrictive qui permet de diminuer les quantités d'aliments ingérés nécessaires à l'obtention de la satiété.

L'anneau est mis en place tout en haut de l'estomac et permet l'envoi de message de satiété à chaque bouchée alimentaire qui le traverse.

Il est mis en place non gonflé et son calibre est ajustable en le gonflant par l'intermédiaire d'un petit boîtier ou réservoir, placé sous la peau, en fonction des sensations de faim et satiété. Le temps de repas doit rester le même et être suffisant pour ressentir la satiété.



Remarques :

Il n'y a ni agrafage, ni suture digestive. Cette technique est donc complètement réversible même si l'ablation de l'anneau expose à une probable reprise de poids. Le gonflage de l'anneau est effectué à une date variable en fonction de l'individu mais jamais avant la fin du premier mois postopératoire. C'est un geste simple, rapide et indolore qui consiste à introduire par ponction avec une petite aiguille du liquide dans le réservoir relié à l'anneau par un étroit cathéter. L'idéal étant de pratiquer en même temps une radiographie de l'estomac qui objective ainsi le degré de rétrécissement du passage.

Risques :

- complications chirurgicales : minimes mais jamais nulles (saignements, infection, plaie de l'estomac, plaie de la rate...)
- complications post opératoires : phlébite, embolie pulmonaire...
- complications liées à l'anneau gastrique : glissement ou migration de l'anneau gastrique à travers l'estomac, reflux gastro œsophagien, œsophagite...
- complications à long terme :
 - dilatation de l'estomac et/ou de l'œsophage au dessus de l'anneau gastrique,
 - carence vitaminique et/ou protéique par insuffisance d'apports alimentaires et si vomissements,
- complications nutritionnelles.

Durée d'hospitalisation : de 1 à 2 jours.

Sous certaines conditions, l'intervention peut se faire en ambulatoire (entrée le matin, sortie le soir).

Durée de l'intervention : 30 minutes.

LA SLEEVE-GASTRECTOMIE

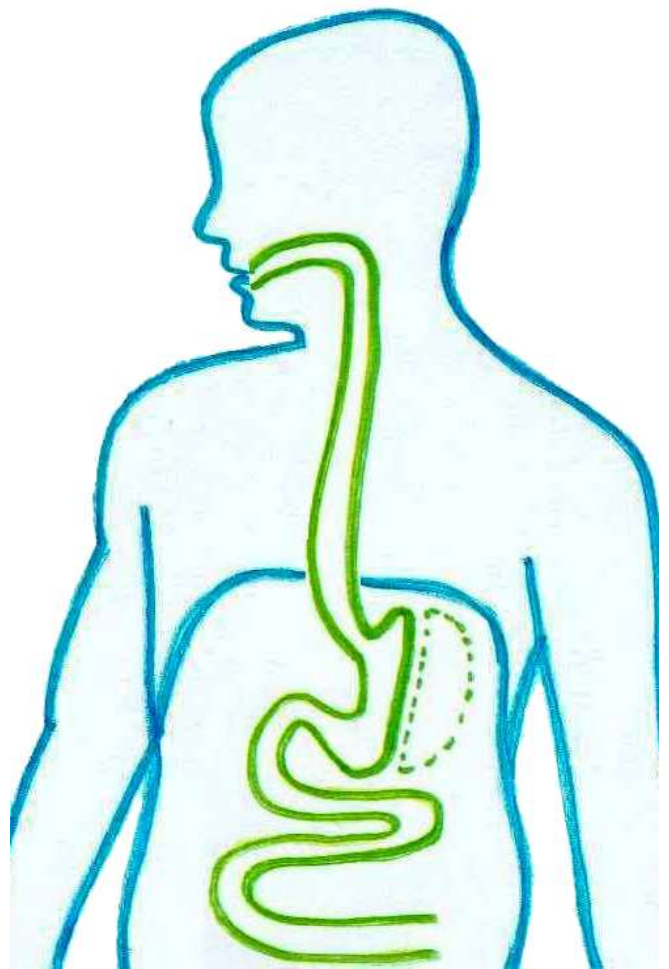
Principes :

C'est une technique restrictive qui consiste à retirer les deux tiers de l'estomac et notamment la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (la ghréline).

L'estomac est réduit à un tube vertical ce qui permet d'arriver à satiété par distension de la poche gastrique avec une quantité moins grande d'aliments.

Le temps de repas doit rester le même et être suffisant pour ressentir la satiété.

C'est une technique irréversible.



Risques :

- complications chirurgicales : minimes mais jamais nulles (saignements, infection, plaie de l'estomac, plaie de la rate...),
- il existe pendant les premières semaines un risque de lâchage des agrafes, appelé fistule, ce qui peut entraîner un abcès voire une péritonite. Il est parfois nécessaire de réopérer ou de ponctionner cet abcès voir mettre une prothèse (drain) dans l'estomac par fibroscopie,
- rétrécissement de l'estomac restant (sténose),
- complications post opératoires : phlébite, embolie pulmonaire...
- complications à long terme :
 - dilatation de l'estomac,
 - carence vitaminique et /ou protéique par insuffisance d'apports alimentaires,
 - carence en vitamine B12 à supplémenter à vie par des injections intra musculaires ou sous cutané au moins 4 fois par an,
 - reflux gastro oesophagien, oesophagite,
 - mortalité liée à l'intervention inférieure à 1%,
- complications liées à la sleeve (fistule, sténose...),
- complications nutritionnelles.

Durée moyenne de l'intervention : 1 heure

Durée de l'hospitalisation : 2 à 3 jours en moyenne

LE BY PASS GASTRIQUE

Principes :

C'est une technique restrictive et mal absorptive. Elle consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire.

La petite partie de l'estomac restante permet d'arriver à satiété par distension de la poche gastrique avec une quantité moins grande d'aliments. Le temps de repas doit rester le même et être suffisant pour ressentir la satiété.

De plus, les aliments sont moins bien absorbés par l'organisme grâce à un court circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

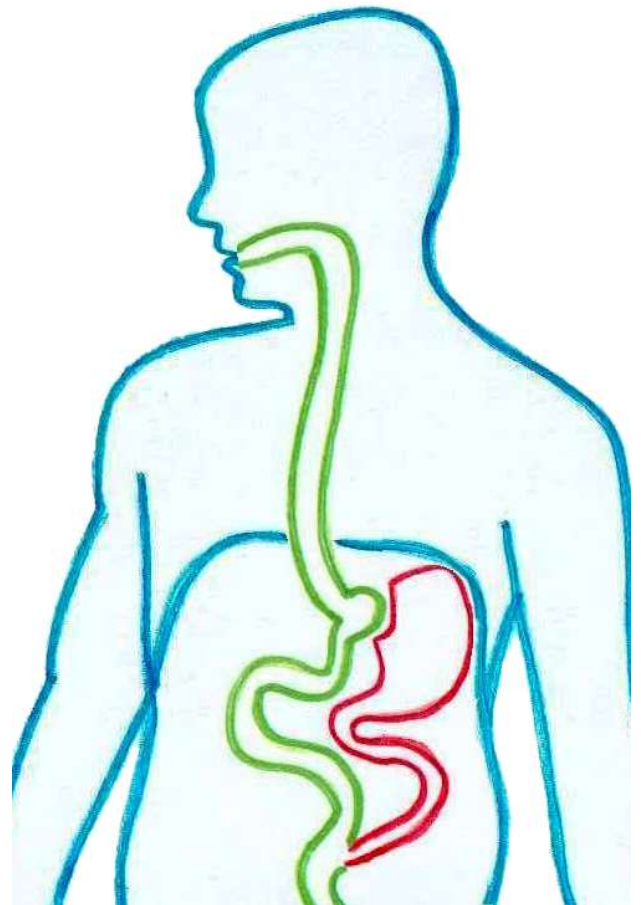
C'est une technique qui est à considérer comme irréversible.

Remarques :

Les modifications anatomiques entraînent des changements dans la fabrication de certaines hormones ce qui diminue les sensations de faim et améliore la glycémie. Certains diabétiques parviennent après une perte de poids stabilisée, à ne plus avoir de traitement.

Risques :

- complications chirurgicales : minimales mais jamais nulles (saignements, infection, plaie de l'estomac, plaie de la rate, occlusion sur bride...),
- il existe pendant les premières semaines un risque de lâchage des agrafes, appelé fistule, ce qui peut entraîner un abcès voir une péritonite. Il est parfois nécessaire de réopérer ou de ponctionner cet abcès voir mettre une prothèse (drain) dans l'estomac par fibroscopie,
- rétrécissement de l'estomac restant (sténose),
- complications post opératoires : phlébite, embolie pulmonaire...
- complications à long terme :
 - dilatation de l'estomac,
 - carence vitaminique et /ou protéique par insuffisance d'apports alimentaires,
 - carence en vitamine B12 à supplémenter à vie par des injections intra musculaires ou sous-cutané tous les 3 mois,
 - nécessité de supplémenter en calcium et en vitamine D pour lutter contre un risque d'ostéoporose et de calculs rénaux,
 - reflux gastro œsophagien, œsophagite,
 - mortalité liée à l'intervention inférieure à 1%,
- complications médicales : malaises liés à des hypoglycémies ou à des dumping syndromes (dégoût, malaise vagal avec les aliments très sucrés ou très gras...),
- risque de pullulation microbienne responsable de diarrhées et/ou gaz nauséabonds,
- complications liées au by-pass (fistule, dumping syndrome),
- complications nutritionnelles.



Durée de l'intervention : 2 heures

Durée de l'hospitalisation : 2 à 3 jours en moyenne

Après l'intervention

Le premier mois

L'hospitalisation dure entre 1 et 3 jours selon l'intervention réalisée. L'entrée à l'hôpital a lieu la veille de l'intervention vers 16 heures. La pose d'un anneau gastrique peut parfois s'organiser en ambulatoire.

L'intervention étant réalisée sous coelioscopie, la convalescence dure de 1 à 3 semaines. Un arrêt de travail est prévu.

C'est par une mini caméra introduite dans le ventre et en regardant sur un écran que l'on guide les instruments et que l'on opère. On pratique en 4 à 6 petites incisions de 1/2 à 1 centimètre, voire une plus grande en cas d'anneau gastrique pour y loger le boîtier.

- L'intervention dure ainsi de 15 minutes pour un anneau à 2 heures environ pour un by-pass,
- le réveil est presque immédiat,
- la douleur est minime et de courte durée. Des antalgiques vous seront prescrits,
- le lendemain ou le surlendemain, un contrôle radio de l'intervention est réalisé,
- pendant votre hospitalisation, la diététicienne passe vous voir dans votre chambre.

Au début, l'alimentation ne peut être que mixée et fractionnée pendant un mois. Cela a pour but de favoriser la cicatrisation et limiter les risques de complications.

Il faudra rapidement reprendre l'activité physique, même modérée, afin que la perte de poids ne se fasse pas au détriment des muscles.

Le suivi à vie

Le suivi est organisé en consultation avec l'équipe pluridisciplinaire en relation avec votre médecin traitant.

Les objectifs de ce suivi sont multiples :

- dépister l'apparition de complications chirurgicales ou médicales (carences vitaminiques) précoces ou tardives,
- évaluer votre perte de poids,
- parler des éventuelles difficultés rencontrées au quotidien,
- faire le point sur l'activité physique, l'alimentation, la qualité de vie,
- évoquer avec vous en quoi cette opération a eu un impact sur votre vie quotidienne.

Les rendez-vous auront lieu 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois, 1 an, 18 mois, 2 ans après l'intervention puis dans l'idéal 1 fois par an.

Des hospitalisations ou des consultations supplémentaires sont possibles si nécessaire et selon les situations rencontrées (vomissements, grossesse...).

Quelques questions que vous pouvez vous poser

A quels résultats puis-je m'attendre ?

L'évaluation des résultats d'un traitement de l'obésité doit inclure non seulement ma perte de poids mais aussi l'amélioration de mes pathologies, la diminution de mes traitements, ma qualité de vie en privilégiant les résultats à long terme. La perte de poids moyenne correspond à la perte de la moitié de mon surpoids. Ceci est une moyenne, car on ne choisit pas à quel moment le poids va s'équilibrer.

Puis-je reprendre du poids après une chirurgie de l'obésité ?

Oui. Ce qui permet la stabilité du poids à long terme, c'est le changement des habitudes de vie que j'aurai mis en place avant même la chirurgie et leur continuité dans le temps.

Que dois-je faire en cas de grossesse :

Une fois le poids stabilisé, une grossesse est possible comme pour toute femme. Il est conseillé cependant ne pas être enceinte dans les 18 mois après l'opération. Un suivi nutritionnel est recommandé avant votre projet de grossesse et organiser et de concert avec les équipes médicales et obstétricales.

Et si je perds du poids pendant le suivi avant l'opération, en passant en dessous de l'IMC 40 ?

Cela ne remet pas en cause l'indication de l'opération car c'est le poids de départ qui est retenu. Cela indique que vous avez su mettre en place les actions qui ont aidé à la perte de poids et que vous pourrez poursuivre.

Et si j'ai déjà bénéficié d'une chirurgie de l'obésité et que cela ne marche pas pour moi ?

Nous vous proposerons dans ce cas de refaire le point avec vous sur les causes d'échec, qui peuvent être multiples et sur les solutions à envisager.

Après la perte de poids, que faire de la « peau en trop » ?

Un recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice peut être envisagé, mais pas avant 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique. Au moment voulu, les Docteurs DEVEAUX, DUMONT et MAETZ (chirurgiens plasticiens), pourront prévoir cette intervention avec vous. Il existe des critères bien précis qui rendent l'intervention parfois impossible.

L'Assurance Maladie rembourse t-elle l'intervention ?

Oui. L'assurance maladie rembourse les frais liés à l'intervention et à l'hospitalisation dès lors qu'elle a donné son accord à la demande d'entente préalable. Au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer aucun dépassement d'honoraires n'est demandé.

Certains médicaments sont-ils à éviter ?

Oui. Les médicaments toxiques pour l'estomac (aspirine, anti-inflammatoires, corticoïdes) sont à éviter dans la mesure du possible. Avant toute prise de médicaments, vous devez consulter votre médecin et lui rappeler que vous avez bénéficié d'une chirurgie de l'obésité.

Je suis fumeur(euse), cela pose t il un problème ?

Il vous sera demandé un sevrage du tabac au minimum un mois avant et un mois après l'intervention pour limiter les risques de complications post-opératoires. Dans l'idéal et dans le cadre d'une démarche de santé, nous pouvons vous aider pour un sevrage total. Contactez le service de **tabacologie** au **03 21 99 39 50**.

CONCLUSION

Enfin, ne perdez jamais de vue que la chirurgie de l'obésité n'est pas un traitement miracle qui vous fera maigrir malgré vous, mais une aide parfois utile pour toute personne motivée par un amaigrissement durable.

Ce traitement ne sera efficace que selon ce que vous en faites. La motivation à la poursuite d'une alimentation adaptée ainsi que la mise en place de l'activité physique sont et resteront incontournables.

PRINCIPAUX INTERVENANTS SPÉCIALISÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Docteur Julien COUSTER - Médecin nutritionniste
Docteur Alexandra GUEDENEY - Médecin nutritionniste
Docteur Eléonore PETIT - Médecin nutritionniste

Docteur Capucine BRES - Chirurgien digestif
Docteur Jean-Baptiste DEGUINES - Chirurgien digestif
Docteur Raluca MACOVEI - Chirurgien digestif
Docteur Flavien PREVOT - Chirurgien digestif
Docteur Martin SALAZAR - Chirurgien digestif

Docteur César DEVEAUX - Chirurgien plasticien
Docteur Antoine DUMONT - Chirurgien plasticien
Docteur Benjamin MAETZ - Chirurgien plasticien

Aline LECAILLE - IDEC Centre Spécialisé en Obésité

Hélène GAINARD - Psychologue
Fanny RINGOT - Psychologue

Lucie CLETY - Diététicienne
Manon LANDRON - Diététicienne
Mélanie VASSAL - Diététicienne

Cyrille BRIEZ - Educateur sportif
Hélène DUFLOER - Educateur sportif
Isabelle LAMOUR - Educateur sportif

Secrétariat CARDEO (hôpital de jour-RDC)	03 21 99 30 34
Secrétariat Nutrition (4ème étage)	03 21 99 32 66
Secrétariat UTEP	03 21 99 31 40
IDE programmation CARDEO	03 21 99 34 27

équipe médicale

équipe paramédicale