

INFORMATIONS SUR L'OBÉSITÉ ET LA CHIRURGIE BARIATRIQUE



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	6
CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS EN VUE D'UNE CHIRURGIE	6
LES CONTRE-INDICATIONS À LA CHIRURGIE	7
LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU BILAN PRÉOPÉRATOIRE	7
BILAN DIÉTÉTIQUE	7
REVALIDATION PRÉOPÉRATOIRE	8
TECHNIQUES CHIRURGICALES	8
Technique de restriction	8
Sleeve gastrectomy	9
Anneau réglable en silicone	10
Techniques de malabsorption et restriction	11
Bypass gastrique	11
Switch duodéal	12
SADIS	12
CHOIX DE LA TECHNIQUE	13
SUIVI	13
ACTIVITÉ PHYSIQUE	14
REPRISE PONDÉRALE	14
Anneau en silicone	14
Sleeve gastrectomy	15
Bypass gastrique	15
EN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES	15
Anneau silicone	15
Sleeve gastrectomy	16
Bypass gastrique	16
L'HOSPITALISATION	17
Qui contacter en cas de problème?	18
CONCLUSIONS	19

INTRODUCTION

L'obésité croît de façon exponentielle depuis plusieurs décennies dans les pays industrialisés de façon parallèle à celle du diabète de type II. Ceci explique l'explosion du nombre d'interventions bariatriques surtout depuis 10 ans.

Cette obésité est multifactorielle mais le plus souvent liée à des facteurs environnementaux, de mauvaises habitudes alimentaires et une inactivité physique de plus en plus marquée chez les adolescents.

Cette obésité est définie par l'indice de masse corporelle (BMI) qui représente le rapport poids/ Taille². La normalité se situe entre 18,5 et 25. On parle de surcharge pondérale si le BMI est compris entre 25 et 30 et d'obésité à partir de 30. Au-delà de 35, on parle d'obésité morbide, car elle s'accompagne de facteurs de risques qui peuvent réduire l'espérance de vie.

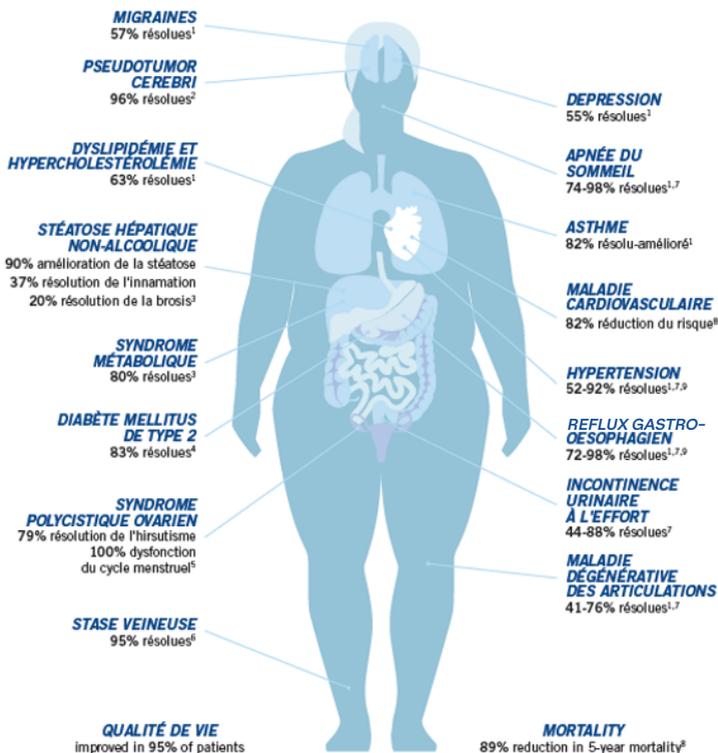
Espérance de vie

BMI 30 à 40
2 à 5 ans

BMI > 40
5 à 20 ans

Cette obésité atteint tous les systèmes.

COMORBIDITÉS LIÉES À L'OBÉSITÉ



Source of data : Brethauer SA, Chand B., Schauer PR, Risks and benefits of bariatric surgery : Current evidence, Cleveland Journal of Medicine, vol. 73, 2006.

La prévalence de l'obésité a un impact économique important puisqu'en 2010, la mortalité liée à l'obésité dépassait celle liée au tabac et aux maladies cardiovasculaires. L'impact économique de l'obésité en Europe varie entre 1 et 5% du coût global des soins de santé.

La chirurgie ne s'adresse qu'aux obèses morbides et en Belgique, environ 13.000 cas sont opérés chaque année.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Cette chirurgie représente la dernière étape de l'obésité morbide, après échecs des différents traitements (régimes, médications, ballon intragastrique ...).

Il ne s'agit en aucun cas d'une chirurgie esthétique visant à atteindre le poids idéal en fonction de la taille. Le but est de perdre 70 à 80 % de l'excès pondéral. Il n'y a pas d'impératif de temps, la moyenne pour atteindre cette perte pondérale se situe entre 8 et 18 mois. La perte de poids peut être variable d'une personne à l'autre et dépend de nombreux facteurs : poids initial, sexe, intervention bariatrique antérieure, type de technique, métabolisme et de l'œdème postopératoire au niveau des sutures.

La sélection des patients est rigoureuse et l'acceptation du dossier doit passer impérativement par une commission pluridisciplinaire où sont présents un psychologue, un endocrinologue, un chirurgien, une diététicienne, la secrétaire de la chirurgie bariatrique et l'infirmière coordinatrice.

Il est capital que le patient comprenne l'impact que cette chirurgie aura sur sa vie future en termes d'alimentation et de mode de vie.

CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS EN VUE D'UNE CHIRURGIE

- Age : minimum 18 ans (pas de limite supérieure)
- Poids : BMI > 40
BMI 35 - 40 si :
 - diabète
 - opéré antérieurement d'une chirurgie bariatrique
 - apnées du sommeil
 - hypertension artérielle rebelle traitée par 3 médicaments différentes
- Avoir réalisé des régimes suivis et contrôlés
- Consultation chez un endocrinologue
- Consultation chez un psychologue ou un psychiatre
- Acceptation du dossier pour la commission pluridisciplinaire

LES CONTRE-INDICATIONS À LA CHIRURGIE

- Psychose évolutive
- Toxicomanie
- Dépendance alcoolique
- Obésité névrotique et suicidaire

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU BILAN PRÉOPÉRATOIRE

1. Consultation chez le chirurgien
2. Consultation chez l'infirmière coordinatrice
3. Réalisation d'une gastroscopie à la recherche d'Helicobacter Pylori
4. Consultation chez la diététicienne
5. Consultation chez le psychologue
6. Consultation chez l'endocrinologue
7. Consultation chez le cardiologue ou le pneumologue et réalisation d'une polysomnographie (nuit du sommeil) en fonction des critères établis par les anesthésistes
8. Revalidation préopératoire
9. Consultation chez l'anesthésiste

BILAN DIÉTÉTIQUE

Celui-ci est primordial en préopératoire et nécessite parfois 2 consultations. Il peut déjà orienter le choix de la technique chirurgicale, prépare le patient à modifier ses habitudes alimentaires (évitance des boissons pétillantes, des sucreries...) et demande à celui-ci de perdre du poids en suivant un régime strict durant minimum 2 semaines avant l'intervention.

Le suivi est très important pour prévenir certaines complications chirurgicales et les carences nutritionnelles et vitaminiques. Il permet la stabilisation de la perte pondérale et surtout d'éviter une reprise de poids.

REVALIDATION PRÉOPÉRATOIRE

La préparation physique et psychique avant une intervention bariatrique revêt une importance majeure et conditionne le succès de celle-ci.

De nombreuses études ont démontré que le reconditionnement physique en préopératoire réduit l'incidence des complications pulmonaires, permet une mobilisation plus précoce et améliore la saturation en oxygène après une chirurgie abdominale.

La spirométrie incitative est aussi un exercice important afin d'ouvrir vos voies respiratoires et de renforcer vos muscles inspirateurs.

Afin de vous amener dans des conditions optimales pour l'intervention, nous vous proposons de suivre un programme personnalisé supervisé par un Médecin du Service de Médecine Physique en collaboration avec des kinésithérapeutes formés dans ce domaine.

La prise de rendez-vous s'effectue au secrétariat de Médecine Physique et Réadaptation aux Viviers (060/11 12 13).

TECHNIQUES CHIRURGICALES

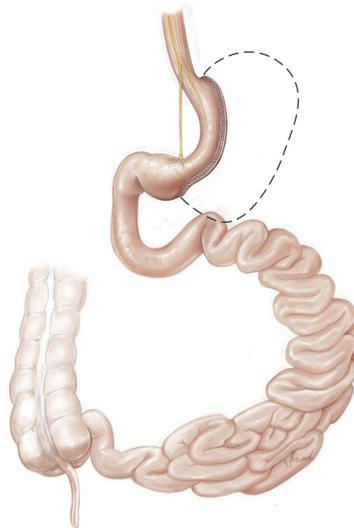
Il existe des techniques de restriction volumique (sleeve gastrectomy, anneau réglable en silicone), des techniques de malabsorption pure (by pass bilio-pancréatique type Scopinaro) et des techniques alliant restriction volumique et malabsorption (by pass gastrique, switch duodéal, SADIS). Ces interventions sont effectuées par voie laparoscopique (mini-invasive).

Techniques de restriction

L'amaigrissement est dû au fait que le patient ne sait plus absorber qu'une faible quantité de nourriture et qu'il obtient ainsi une sensation de satiété rapide, et, également, à sa volonté de ne pas effectuer d'écarts alimentaires (boissons pétillantes, sucreries...) et à réaliser des activités physiques dès qu'il commence à maigrir.

Sleeve gastrectomy

Le but de cette technique est de réaliser un réservoir allongé d'environ 100 cc en enlevant les 2/3 de l'estomac grâce à l'application d'agrafages. Il y a aussi un facteur hormonal qui intervient car en enlevant la partie gauche de l'estomac, on réduit de 80 % la production de ghréline qui est une hormone qui intervient dans le processus de satiété (faim). Sa production diminue après le repas et augmente après une activité physique



Cette intervention peut être réalisée en première intention chez des patients hyperphagiques (gros mangeurs), qui ne grignotent pas et n'ont pas d'addiction aux sucreries ainsi que chez les patients diabétiques.

Cette intervention peut être réalisée en seconde intention après un anneau réglable qui aurait été ôté minimum 4 mois avant l'intervention de Sleeve.

Les patients ayant été opérés d'une gastroplastie type Mason, souffrant d'un reflux gastro-œsophagien important avec volumineuse hernie hiatale représentent des contre-indications.

L'avantage de cette technique est d'induire moins de carences vitaminiques par rapport aux techniques de malabsorption et peut être réalisée chez des patients présentant une maladie inflammatoire de l'intestin.

Les boissons pétillantes sont interdites car elles entraînent une dilatation de la poche et permettent donc d'ingérer des volumes plus importants, ce qui entraîne une reprise pondérale.

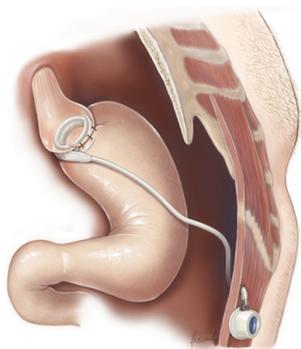
Les saignements sur les agrafages sont devenus exceptionnels depuis

l'utilisation des agrafes renforcées. Le taux de fistule est inférieur à 0,5%. Elle se rencontre plus souvent dans les réinterventions et chez les patients qui ne respectent pas les consignes diététiques (boissons pétillantes).

Les suppléments vitaminiques doivent être poursuivis pendant minimum 1 an et une prise de sang annuelle doit être effectuée chez votre médecin traitant.

Anneau réglable en silicone

Le but de cette technique est de créer un réservoir d'environ 30 cc à la partie supérieure de l'estomac en plaçant l'anneau à ce niveau.



Vous obtenez donc une sensation de satiété rapide, les aliments passent à l'intérieur de l'anneau dont le calibre est fonction de la quantité de liquide que l'on injecte dans le réservoir qui est placé sur les muscles de la paroi abdominale.

Cette technique est réversible par ablation de l'anneau et est réglable, ce qui permet d'obtenir un amaigrissement contrôlé en fonction de la demande du patient.

Comme toutes les opérations de restriction volumique, l'ingestion de boissons pétillantes et de sucreries est interdite.

Cette technique ne peut être réalisée qu'en première intention. La présence d'une hernie hiatale ou la présence de reflux gastro-œsophagien représentent une contre-indication.

Il est préférable de régler cet anneau en radiologie de façon à s'assurer du passage correct à travers l'anneau après l'avoir resserré.

En cas de grossesse, il suffit de dégonfler l'anneau si la patiente est symptomatique. Cette technique nécessite une discipline rigoureuse et le patient doit se conformer au régime et prescriptions du chirurgien. Les effets secondaires les plus fréquents sont représentés par les vomissements et le reflux gastro-œsophagien souvent en rapport

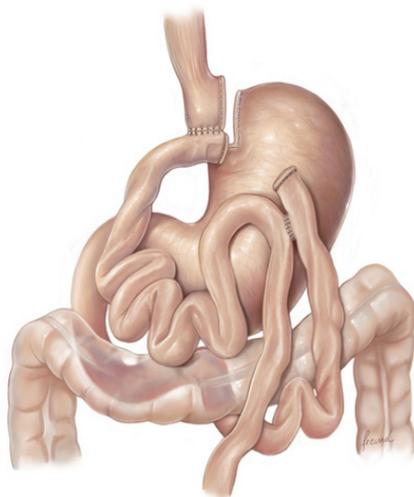
avec l'anneau trop serré. On peut également rencontrer une ascension de l'estomac au-dessus de l'anneau (si vomissements incoercibles), une migration de l'anneau dans l'estomac ou une perte de satiété s'il y a une fuite au niveau du cathéter.

Cette technique a largement été supplantée par la sleeve gastrectomy depuis plus de 20 ans car elle engendre une qualité de vie supérieure.

Techniques de malabsorption et restriction

Bypass gastrique

La plus répandue des techniques de malabsorption et restriction et qui possède le recul le plus important.



Le but est de créer un petit réservoir à la partie supérieure de l'estomac en l'isolant du reste de la cavité gastrique par application d'agrafes. On suture ensuite un morceau de 1,5 m d'intestin grêle proximal sur ce réservoir et distalement, on relie cette anse grêle à l'intestin restant. Le patient maigrit parce qu'il mange moins (réservoir limité à 50 cc) mais surtout grâce à la malabsorption des aliments tout au long du segment d'intestin placé après le réservoir gastrique.

Cette technique peut être réalisée en première intention chez

les patients ayant une addiction aux sucreries, aux grignotages, présentant un reflux gastro-œsophagien symptomatique et les patients diabétiques.

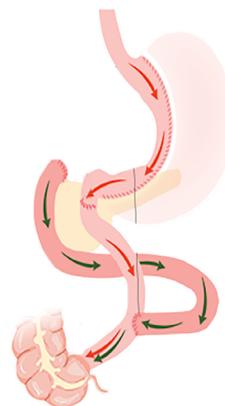
En seconde intention, cette technique peut s'adresser aux patients déjà opérés d'une chirurgie bariatrique (gastroplastie Mason, anneau en silicone, sleeve, plicature gastrique), après échec de celle-ci. Elle est contre-indiquée chez les patients porteurs d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou de cirrhose.

Vu le syndrome de malabsorption, les patients devront prendre des suppléments vitaminiques à vie et réaliser régulièrement une prise de sang chez leur médecin traitant.

Si le patient mange trop vite, trop gras ou trop sucré, il peut développer un Dumping Syndrome qui peut revêtir toute une série de manifestations cliniques (fatigue, hypoglycémie, malaise, douleurs abdominales). Les troubles du transit sont exceptionnels.

Switch duodéal

Cette technique peut être réalisée en première intention ou après échec d'une sleeve gastrectomy où l'on ajoute la malabsorption à la restriction volumique.



SADIS



Cette technique peut être réalisée en première intention ou après échec d'une sleeve gastrectomy. Elle s'adresse le plus souvent à des patients présentant un syndrome métabolique marqué avec des BMI supérieurs à 45.

CHOIX DE LA TECHNIQUE

Ce choix va dépendre de nombreux facteurs comme l'âge du patient, les antécédents chirurgicaux, le fait qu'il soit hyperphagique (gros mangeur) ou au contraire qu'il ait une addiction aux grignotages et sucreries. La présence d'un diabète de type II et d'un reflux gastro-œsophagien sont également des facteurs qui influencent ce choix.

La consultation diététique préopératoire est donc primordiale.

La technique idéale n'existe pas, elle est adaptée en fonction de chaque patient.

Cette technique doit être efficace en termes de perte pondérale mais encore faut-il qu'elle soit durable dans le temps. Elle doit réaliser un compromis entre la perte de poids et la qualité de vie du patient.

SUIVI

Le suivi après une intervention bariatrique est primordial pour prévenir les complications, gérer celles-ci, prévenir une reprise pondérale ou des carences vitaminiques.

Un rendez-vous est remis à un mois postopératoire chez la diététicienne et le chirurgien. En fonction des difficultés de réalimentation éventuelles, un 2^{ème} ou 3^{ème} rendez-vous chez la diététicienne peut être pris.

Vous revoyez ensuite le chirurgien minimum 2 à 3 fois la première année et une prise de sang sera réalisée systématiquement après 3-4 mois en cas de bypass ou plus tard en cas de sleeve.

La grossesse est contre-indiquée avant minimum 12 à 18 mois après une sleeve ou un bypass.

Les patients diabétiques continuent à être suivis par leur endocrinologue.

Les patients porteurs d'une CPAP devront reconsulter leur pneumologue.

Le suivi psychologique doit être poursuivi pour les patients déjà suivis

antérieurement mais aussi pour les autres, car cette chirurgie modifie l'image corporelle et un soutien est nécessaire.

Des réunions à raison de 5 fois par an sont organisées pour les patients opérés ou en cours de bilan. Une invitation est envoyée et le calendrier de ces réunions se trouve sur le site internet.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Celle-ci est indispensable après toute chirurgie bariatrique.

Après l'intervention et après avoir revu votre chirurgien (un mois post-opératoire), vous devez reprendre des activités physiques.

Celles-ci permettront de limiter l'excès cutané lié à l'amaigrissement, de perdre les derniers kilos et de stabiliser la perte pondérale dans le temps.

Suite à l'amaigrissement, on observe aussi une perte musculaire qui nécessite un réentraînement à l'effort.

Vous pouvez être pris en charge, comme en pré-opératoire, dans le service de Médecine Physique et Réadaptation aux Viviers (RDV: 060/11 12 13) ou réaliser ses exercices physiques par vous-même.

REPRISE PONDÉRALE

Si vous reprenez du poids après une intervention bariatrique, il faut suspecter une complication technique, un changement dans les habitudes alimentaires ou l'arrêt des activités physiques.

Anneau en silicone

Si la satiété diminue, il faut réaliser une radio (OED). On peut objectiver une dilatation du réservoir (à cause des boissons pétillantes), ou un passage trop rapide des aliments à travers l'anneau. On peut également objectiver une déconnexion du cathéter ou une fuite à ce niveau comme cause de la perte de satiété.

Il faut alors le resserrer, si l'on n'objective pas de malfaçon technique, le patient doit alors s'interroger sur les écarts alimentaires (grignotages, sucreries).

Sleeve gastrectomy

Si l'on ingère des boissons pétillantes ou si l'on se force pour manger, on peut observer une dilatation de la sleeve sur la radio (OED). Si ce n'est pas le cas, il faut suspecter une modification des habitudes alimentaires.

Bypass gastrique

Comme pour les autres interventions, l'ingestion de boissons pétillantes peut dilater le petit estomac ou la suture entre celui-ci et le segment d'intestin grêle, ce qui a pour effet de diminuer la satiété (cf. OED).

Si dans le bypass, la restriction volumique n'intervient que pour 20% dans la perte pondérale, la dilatation des sutures peut majorer ce pourcentage et permettre une reprise pondérale.

Si l'on admet que le bypass est l'intervention de choix chez les patients ayant une addiction aux sucreries et grignotages, cela ne signifie pas pour autant que tout est permis. En effet, seuls 1/3 des patients opérés présentent un Dumping Syndrome. Les autres peuvent donc ingérer des sucreries sans développer d'effets secondaires et ne maigrissent donc pas dans les proportions escomptées.

EN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES (INCONTRÔLÉS)

Anneau silicone

Il faut impérativement consulter en urgence et réaliser un OED (radio). Il peut s'agir d'une impaction alimentaire ou d'un anneau trop serré. On peut également objectiver une ascension de l'estomac au-dessus de l'anneau. Dans tous les cas, cet anneau sera desserré.

Sleeve gastrectomy

Comme pour l'anneau, la réalisation d'une radio permet d'objectiver soit une impaction alimentaire ou un rétrécissement au niveau du sleeve. En cas d'impaction, une gastroscopie sera réalisée pour ôter l'aliment. Si l'on objective un rétrécissement sur l'ensemble de la sleeve dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention, cela peut être banal, lié à l'œdème (inflammation) et cela s'arrange systématiquement.

Si ces symptômes apparaissent après 6 semaines et que l'on voit une sténose (rétrécissement à la radio), une gastroscopie sera réalisée de façon à dilater la zone rétrécie.

Il ne faut jamais attendre plusieurs jours avant de consulter en pensant que cela va s'arranger.

Plus vous vomissez, plus il y a d'œdème, plus le passage est rétréci et vous rentrez alors dans un cercle vicieux.

Bypass gastrique

Si les vomissements apparaissent dans le mois suivant l'intervention, cela peut être attribué à une impaction alimentaire ou à l'œdème. Une gastroscopie fera le diagnostic.

L'apparition de vomissements après une période de 4-6 semaines de l'intervention doit faire suspecter une sténose (rétrécissement) au niveau des sutures.

La gastroscopie permettra de dilater la zone rétrécie.

Si la radio ne montre pas d'obstacle au niveau de la structure supérieure, il faut réaliser un scanner afin de ne pas méconnaître une impaction alimentaire au niveau de la suture distale entre les 2 segments d'intestins ou un problème de hernie à ce niveau.

Dans tous les cas, il faut consulter en urgence.

L'HOSPITALISATION

Le patient entre à jeun à 7h30 le jour de l'intervention.

Certains patients diabétiques doivent être hospitalisés 48 heures auparavant pour l'instauration d'une pompe à insuline. Les patients porteurs d'une CPAP doivent impérativement se munir de celle-ci.

Le jour de l'intervention, le patient est levé 2 heures après son retour en chambre et peut boire et manger léger sauf contre-indication du chirurgien.

S'il s'agit d'un Redo (réintervention bariatrique), en fonction des difficultés rencontrées lors de l'intervention, le patient ne pourra commencer à boire que le lendemain, après avoir éventuellement réalisé un OED (radiographie de contrôle).

Le patient doit commencer au plus tôt ses exercices respiratoires à l'aide du spiromètre.

La sortie est variable en fonction de l'état général du patient, de ses facteurs de morbidité, de l'âge et de la technique.

J1 ou J2 pour les anneaux et sleeve gastrectomy

J1 à J3 pour les by pass

Une prescription de vitamines vous est remise lors de la première consultation post-opératoire.

A la sortie, vous recevez une prescription de Pantomed (anti-acide) pour une période de 2 à 3 mois.

Des injections de Fraxiparine (anticoagulant) doivent être réalisées par une infirmière durant le mois qui suit l'intervention en prévention du risque de thrombophlébite.

Vous allez bénéficier de bas de contention pendant les 24 premières heures de l'hospitalisation et vous ne devez donc plus acheter ces bas.

Signes d'alerte qui doivent vous inciter à consulter en urgence ou vous présenter aux urgences

Une température supérieure à 38°C, avec ou sans frissons, dans les jours qui suivent votre retour.

Douleurs d'apparition brutale avec irradiations vers l'épaule gauche.

Difficulté de respirer, souffle court.

Tachycardie (pouls supérieur à 120 battements par minute).

Dysphagie (difficulté pour avaler).

Qui contacter en cas de problème ?

- Votre médecin traitant.
- L'infirmière coordinatrice 071/10 53 17 (08h00 - 16h00).
- Secrétariat de chirurgie bariatrique 071/10 33 80 (08h00 -16h00).
- Assistant de garde en chirurgie 071/10 26 26.

> Dès votre arrivée aux urgences, vous devez contacter l'assistant de garde.

CONCLUSIONS

L'obésité et le diabète type II ne cessent de croître dans les pays industrialisés et touchent de plus en plus de jeunes. La chirurgie bariatrique fait partie de l'arsenal thérapeutique pour les patients présentant une obésité morbide. Elle ne peut s'envisager qu'après échec des autres traitements. La sélection des patients pouvant bénéficier de ce type de chirurgie doit être rigoureuse et fait appel à une équipe pluridisciplinaire.

Le suivi et l'activité physique sont indispensables après ce type de chirurgie. Le patient doit prendre conscience de l'impact de cette chirurgie sur son mode alimentaire et son mode de vie ultérieure.

Si vous envisagez une chirurgie réparatrice suite à l'excès cutané secondaire à l'amaigrissement, vous devez attendre minimum 6 mois que votre poids soit stabilisé avant de consulter un chirurgien plasticien.

Rien n'est jamais acquis; une reprise pondérale est toujours possible, c'est la raison pour laquelle une équipe pluridisciplinaire est toujours présente pour vous soutenir et répondre à vos attentes.

Si la motivation est présente, cette chirurgie peut changer votre vie.

Rédaction : Dr Yves Hoebeke
Chirurgien coordinateur de la Clinique chirurgicale de l'obésité

Supervision : Nicolas Oberweis
Coordinateur éducation patient

Infirmière coordinatrice : Catherine Laminne

Service de chirurgie :

Dr Benjamin Calicis – Dr Raffaele Calicis – Dr Emmanuel Cambier
Dr Fabrice Corbisier – Dr Francisco Da Rocha de Sousa – Dr Yves Hoebeke –
Dr Nicolas Tinton