



INFORMATIONS SUR LA CHIRURGIE DE L'OBESITE



L'obésité est une maladie chronique. Elle peut, en particulier lorsqu'elle est sévère ou massive, entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle peut également menacer la santé et provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil...

La chirurgie de l'obésité aide à perdre du poids durablement et à contrôler ces maladies. Néanmoins, se faire opérer est une décision importante et nécessite une bonne préparation.

Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause ;
- bien se préparer à cette intervention ;
- comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie.

Vous trouverez dans cette brochure des explications sur :

- les conditions pour bénéficier de la chirurgie de l'obésité ;
- les différentes techniques chirurgicales ;
- l'organisation de la prise en charge, du premier entretien avec le médecin jusqu'au suivi après l'intervention ;
- les précautions à prendre pour garantir les meilleures chances de réussite.

Ce texte n'a pour but que d'être un résumé des informations sur la chirurgie de l'obésité au CHR de la Citadelle. Il n'est pas exhaustif, toutes les conséquences et implications de cette chirurgie ne peuvent être résumées ici. Ce qui compte réellement, ce sont, bien entendu, les informations échangées lors des consultations.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction
2. Le bypass gastrique
3. La sleeve-gastrectomie et la sleeve réversible
4. L'anneau ajustable
5. Cas particulier : reprise de gastroplastie
6. Le bilan préopératoire
7. Le suivi post-opératoire



1. Introduction

A. Qu'est-ce que l'obésité ? Qu'est-ce que le BMI ?

Depuis 1997, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) reconnaît l'obésité comme une maladie chronique.

L'obésité se caractérise par une accumulation excessive de graisse. La norme varie avec l'âge et le sexe. Mesurer l'importance de la masse grasse est cependant difficile et nous utilisons, en pratique, l'IMC (Indice de Masse Corporelle).

Calcul de l'IMC, appelé en anglais BMI « Body Mass Index » :

$$\text{IMC} = \text{poids (en kg)} / \text{taille}^2 \text{ (en mètre}^2\text{)}$$

Exemple : si vous mesurez 1m65 et pesez 120 kg, votre BMI est de 44 :

$$120 / 1,65^2 = 44 \text{ kg/m}^2.$$

Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

IMC	Etat
De 18,5 à 25	Poids normal
De 25 à 30	Surpoids
De 30 à 35	Obésité modérée
De 35 à 40	Obésité sévère
> 40	Obésité morbide

B. Pourquoi perdre du poids ?

L'obésité favorise l'apparition de différentes pathologies :

- diabète ;
- affections cardio-vasculaires telle que l'hypertension artérielle ;
- apnées du sommeil ;
- troubles lipidiques ;
- arthrose (genou, dos, hanche, ...) ;
- infertilité ;
- certaines formes de cancer ;
-

Cette liste n'est malheureusement pas complète.

De plus, peuvent survenir de nombreux autres problèmes :

- sociaux : difficultés sur le lieu du travail, regard des autres ...
- familiaux : difficultés pour faire du sport en famille, suivre ses enfants, habillement, ...
- psychologiques : image de soi, troubles du comportement alimentaire,...

C. Comment perdre du poids ?

Il faut essayer de maigrir de façon définitive et éviter ainsi un poids qui évolue en dent de scie. En effet, cette évolution fréquente du poids dite « en yo-yo » soumet le corps à différents stress. Cette évolution en yo-yo est moins bonne pour la santé que celle d'une courbe de poids stable même trop élevée.

Il vaut mieux, par conséquent, trouver le moyen de maigrir et ce, de façon définitive, stable.

Pour cela, il n'y a pas de secret :

Il faut manger peu, manger des aliments peu caloriques et variés, bouger plus, et toute sa vie !

Les régimes considérés comme limités dans le temps doivent être oubliés.

Si à l'arrêt du régime, l'alimentation est reprise comme avant le régime, tout l'excès de poids, et même peut-être plus, sera repris.

Pour être bien aidé par sa chirurgie, il faut comprendre le problème alimentaire à combattre (une préparation avec le médecin traitant, le médecin nutritionniste, la diététicienne, le psychologue est indispensable).

La chirurgie n'est qu'une arme contre l'obésité. Il faut donc apprendre comment elle fonctionne, ce qu'on peut en attendre afin de s'en servir de façon efficace.

Changer sa façon de vivre après chirurgie est donc possible.

Un suivi, un soutien, une préparation sont réalisés par le centre de la nutrition à Sainte- Rosalie qui propose un encadrement psychologique, nutritionnel, médical pour aider à vaincre l'obésité.

Ce centre peut également soutenir une personne non opérée.

D. A qui s'adresse la chirurgie ?

La chirurgie ne s'adresse pas à tous. Les critères d'inclusion sont stricts. Il ne faut pas proposer cette chirurgie à une personne qui n'a pas de pathologie importante liée à son obésité. Autrement dit, il ne faut pas qu'il y ait plus de risques à opérer une personne que de la laisser avec son excès de poids. Il faut également et surtout avoir la conviction que la chirurgie va réussir à l'aider.

Les études récentes montrent que les patients qui rencontrent les critères d'inclusion ont une espérance de vie et une qualité de vie améliorée grâce à la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

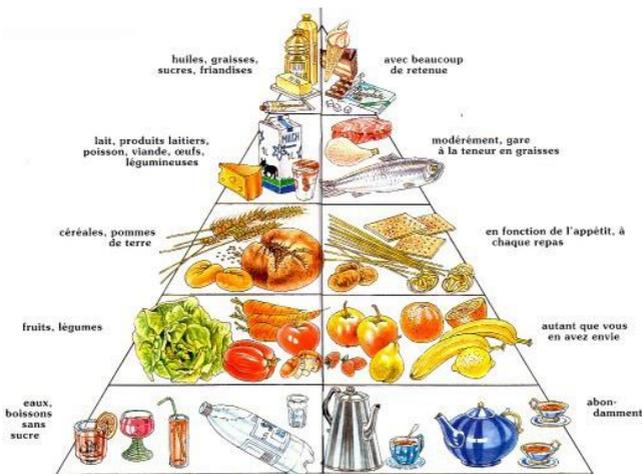
- patients avec un IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$;
- patients avec un IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$ associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie comme :
 - ✓ le diabète,
 - ✓ l'hypertension artérielle polymédiquée,
 - ✓ le syndrome d'apnées du sommeil (SAHOS) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical (diététique) bien conduit pendant 12 mois ;
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme.

E. Résultats en termes de perte de poids après chirurgie

Quelle que soit l'opération effectuée, il ne s'agit donc «que» d'une opération qui aide à changer sa façon de vivre.

Au-delà du désir de perdre du poids, le but est de réussir à vivre le plus sainement possible.

Il faut respecter la pyramide alimentaire :



Il faut manger des volumes raisonnables.

Il faut bouger... et le poids suivra !

La perte de poids reste donc proportionnelle aux efforts personnels fournis. Perdre 10% de l'excès de poids améliore déjà les comorbidités (maladies liées à l'obésité).

Mais on estime qu'une chirurgie de l'obésité est réussie si elle permet de perdre 50% de l'excès de poids. Certaines personnes perdent tous leurs kg superflus (jusqu'à un BMI entre 18,5 et 25), d'autres beaucoup moins.

Tout dépend de la physiologie de chacun et de la manière dont sont suivies les instructions postopératoires.

F. Quelle opération ?

Il existe plusieurs types d'opérations proposées au CHR de la Citadelle.

Les plus fréquentes sont :

- le **bypass gastrique** ;
- la **sleeve-gastrectomie** et la **sleeve réversible** ;
- l'**anneau ajustable**.

A partir du moment où une personne correspond aux critères de chirurgie, la décision de réaliser un type ou l'autre de chirurgie naît de la réflexion de chaque personne et de la discussion qu'il aura en consultation au centre de Sainte-Rosalie, avec son médecin traitant, avec son chirurgien.

Chaque chirurgie a ses **avantages, inconvénients et risques**.

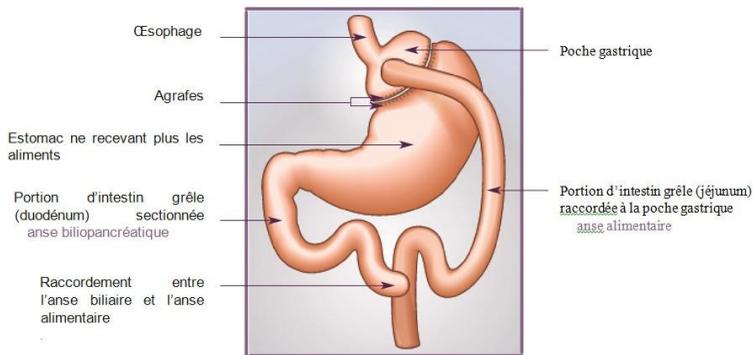
Il faut bien les comprendre afin de choisir l'intervention qui conviendra le mieux.

Ces opérations sont effectuées par **laparoscopie**.

Il s'agit d'une technique où le ventre n'est pas ouvert mais l'accès se fait par de petites incisions.



2. Le bypass gastrique



Principe	Technique restrictive, malabsorptive et métabolique qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités. Il s'agit d'une intervention réversible
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 - 80 % de l'excès de poids à 1 an post opératoire
Durée moyenne de l'intervention	1 à 2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation	2 jours
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> • complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, occlusion de l'intestin ; • carences nutritionnelles ; • complications fonctionnelles : hypoglycémie, dumping syndrome, troubles du transit.

L'estomac est coupé de façon à ce qu'il ait un volume de 15 à 25 ml. Ce « petit » estomac est relié à l'intestin grêle qui a été sectionné et monté vers ce « petit » estomac. Le reste de l'estomac est laissé en place et ses sécrétions sont déversées plus bas dans l'intestin grêle. Les aliments ne passent dès lors plus par cette partie de l'estomac. Rien n'est enlevé sauf, parfois, la vésicule biliaire. Il s'agit d'une opération qui doit être considérée comme réversible.

Le volume de l'estomac étant très petit, l'estomac est vite saturé, on ne peut manger que de petites quantités à la fois.

Ce qui est mangé est très peu digéré dans le petit estomac et passe directement dans l'intestin grêle. Initialement, il ne recevait que des aliments préparés par l'estomac. Cela a pour conséquence, notamment, que si les aliments ne sont pas bien mâchés, pas ou avalés trop vite, il peut y avoir un encombrement de l'intestin ce qui peut occasionner des douleurs abdominales.

Le petit intestin n'est pas fait pour recevoir directement le sucre de cuisine (saccharose). C'est pourquoi, après un bypass, le sucre peut donner des malaises (dumping syndrome). Ces malaises sont décrits de différentes façons (palpitations, nausées, fatigue diarrhée, ...). Il faut donc éviter les aliments sucrés. Ces malaises ne sont pas présents chez toutes les personnes opérées. Si manger des aliments sucrés reste une habitude, la pyramide alimentaire n'est pas respectée et la perte de poids est moins bonne.

La nourriture ne passe plus par la grande partie de l'estomac et le duodénum (première partie du petit intestin), ce qui semble être à l'origine de modifications hormonales importantes. En effet, on constate que le métabolisme du sucre est modifié après un bypass. La majorité des patients diabétiques sont améliorés voire guéris très peu de temps après un bypass. L'envie de manger, la dépendance aux aliments sucrés sont diminuées.

Certains aliments comme les graisses sont moins bien absorbés. Il faut donc prendre des compléments et éviter de manger trop de graisses qui peuvent, outre leur apport calorique important, donner de la diarrhée.

Cette opération peut traiter également les problèmes de reflux.

Après un bypass, la perte de poids est donc favorisée par différents mécanismes :

- seules des **petites quantités** à la fois doivent être prises. Il faut fractionner les repas ;
- il ne faut **plus manger de sucre** mais, heureusement, l'envie de sucre est nettement diminuée ;
- l'envie de manger est souvent moins forte ;
- le métabolisme du sucre est modifié de même que la résorption de certains aliments. Il faut **éviter de manger trop gras** ce qui, entre autre, peut donner de la diarrhée.

La perte de poids est rapide les premiers mois puis petit à petit, après un an environ, se stabilise. En moyenne, 70% de l'excès de poids est perdu. La perte de poids est proportionnelle, bien entendu, aux efforts personnels fournis.

Avec les années, quelques kg peuvent être repris (mais les études montrent que, même après plus de 10 ans, plus de 50% de l'excès de poids reste perdu en moyenne). Il faut être attentif à **ne pas boire de l'alcool**, à **ne pas grignoter** ou à **ne pas remanger de sucreries** en quantité. Ces consommations peuvent donner des malaises et, de plus, ces calories sont résorbées et peuvent faire reprendre du poids.

Les malaises pour le sucre ne sont pas présents chez tous ou peuvent disparaître avec le temps. Ce n'est pas, évidemment, une raison pour manger des aliments sucrés alors que l'envie est, de toute façon, nettement moindre.

Faire du sport régulièrement est important dès les premiers mois de la perte de poids. La perte de poids se répercute sur la graisse mais aussi sur les muscles (il n'y a plus à porter tous ces kg superflus) qu'il faut continuer à entretenir par une activité physique régulière. Le muscle consomme plus d'énergie que la graisse et aide donc à stabiliser le poids. En outre, faire du sport sans excès, est bon pour aider à intégrer les modifications de l'image corporelle, à apprécier un nouveau corps.

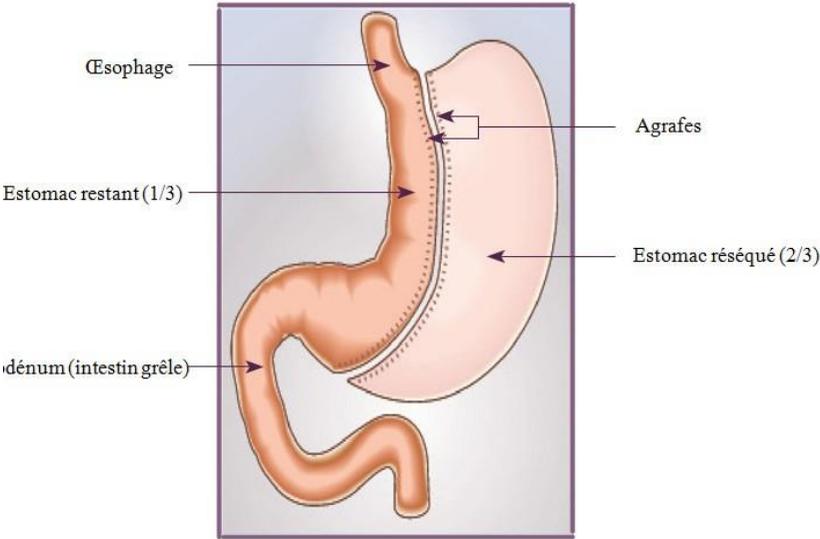
Certains aliments sont moins bien résorbés après un bypass. Il faut donc régulièrement une prise de sang de contrôle à la recherche de carences et prendre des suppléments si nécessaire.



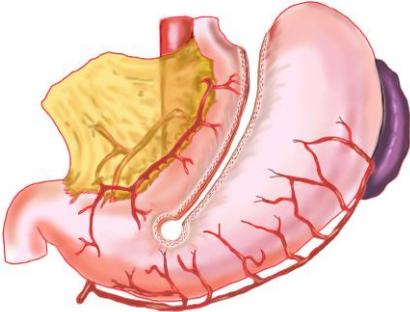
Les conseils après un **bypass** sont donc :

- **Manger lentement**, de petites quantités (3 repas et 2-3 collations) ;
- **Éviter le saccharose** (sucre de cuisine). En pratique, éviter tout ce qui a un goût sucré sauf les fruits, comprendre les étiquettes des produits alimentaires n'est pas simple. Une diététicienne pourra vous aider ;
- Prendre des **suppléments de fer et vitamines** ;
- Faire du **sport** régulièrement ;
- **Éviter l'alcool** ;
- Faire une **prise de sang de contrôle** 2x/an pendant 2 ans puis 1x/an ;
- **Boire 1 litre par jour** ;
- **Se peser** 1x/semaine.

3. Sleeve-gastrectomie et Sleeve réversible



Sleeve gastrectomie



Sleeve réversible

Principe	Technique restrictive et métabolique qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 50 à 75 % de l'excès de poids.
Durée moyenne de l'intervention	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation	2 jours
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> • ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant; • carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; • reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; • dilatation de l'estomac.

Dans la Sleeve-Gastrectomie, l'estomac est coupé de façon à ce que les deux tiers de l'estomac soient enlevés. Ce « petit » estomac est en continuité avec le reste du tube digestif. Il s'agit d'une opération qui est irréversible puisqu'un morceau de l'estomac a été réséqué.

Dans la Sleeve Réversible, l'estomac est séparé en deux en préservant toutefois une communication entre le petit et le grand estomac. Le grand estomac est donc préservé.

Le volume de l'estomac étant très petit, l'estomac est vite saturé, on ne peut manger que de petites quantités à la fois.

Par rapport au bypass, il n'y a pas ou beaucoup moins de malaises lors d'ingestion de sucre. Si manger des aliments sucrés reste une habitude, la pyramide alimentaire n'est pas respectée et la perte de poids est moins bonne.

Cette opération peut augmenter les problèmes de reflux et est déconseillée lorsqu'il y a une œsophagite à la gastroscopie.

Contrairement au bypass, il est toujours possible d'avoir accès facilement à l'ensemble du tube digestif via un gastroscopie. Ce type de chirurgie est donc conseillé lorsqu'on doit surveiller l'estomac exclu lors d'un bypass (lésion précancéreuse, par exemple).

La perte de poids est rapide les premiers mois puis petit à petit, après un an environ, se stabilise. En moyenne, 60% à 75% de l'excès de poids est perdu. La perte de poids est proportionnelle, bien entendu, aux efforts personnels fournis. Les conseils de la diététicienne doivent être suivis à vie.

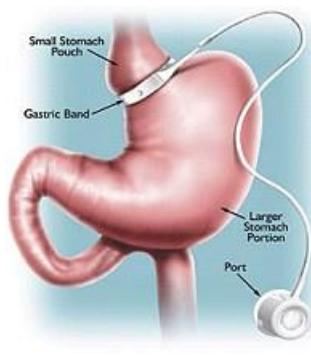
Faire du sport régulièrement est important dès les premiers mois de la perte de poids. La perte de poids se répercute sur la graisse mais aussi sur les muscles (il n'y a plus à porter tous ces kg superflus) qu'il est plus facile d'entretenir que de fabriquer. Le muscle consomme plus d'énergie que la graisse et aide donc à stabiliser le poids. En outre, faire du sport sans excès, est bon pour aider à intégrer les modifications de l'image corporelle, à apprécier un nouveau corps.

Certaines molécules sont moins bien résorbées après une sleeve. Il faut donc faire régulièrement une prise de sang de contrôle à la recherche de carences et parfois prendre des suppléments.

Les conseils après une sleeve sont donc :

- **Manger lentement**, de petites quantités 3 à 6 fois par jour ;
- Respecter la **pyramide alimentaire** ;
- **Faire du sport** régulièrement ;
- **Éviter l'alcool** ;
- Faire une **prise de sang de contrôle** régulièrement ;
- **Boire 1 litre ½** par jour ;
- **Se peser** 1x/semaine.

4. Anneau gastrique ajustable



Principe	Technique restrictive qui ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments. Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.
Caractéristiques	L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 % de l'excès de poids.
Durée moyenne de l'intervention	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation	2 jours
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none">• ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ;• carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ;• reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ;• dilatation de l'estomac.

Une prothèse en forme d'anneau est positionnée à l'intérieur de l'abdomen, autour de l'entrée de l'estomac. L'anneau, en silastic, présente à sa face interne un ballon gonflable qui est relié par un tuyau à un boîtier qui est positionné le plus souvent sous le muscle en haut à gauche de l'abdomen. Le chirurgien peut, à l'aide d'une aiguille adaptée, piquer dans ce boîtier et injecter ou retirer du liquide physiologique de façon à diminuer ou augmenter le diamètre interne de l'anneau. Tout le dispositif est donc situé sous la peau.

Le but est de trouver le bon ajustement de façon à manger de tout, de façon équilibrée, en petite quantité, en mâchant bien et sans vomir.

C'est au patient de bien choisir les aliments. La diététicienne donne des instructions avant et pendant l'hospitalisation mais à domicile, bien sûr, le patient est seul à choisir.

Il est évident que les aliments gras et sucrés (mous) sont ceux qui passeront le plus facilement et qu'il faut les éviter. Par contre, les aliments moins caloriques comme les légumes, la viande rouge (plus fibreux) vont demander plus d'effort de mastication. Pour perdre du poids avec un anneau, il faut donc se contraindre à choisir des aliments « sains » pour, au total, avoir mangé équilibré avec peu de calories.

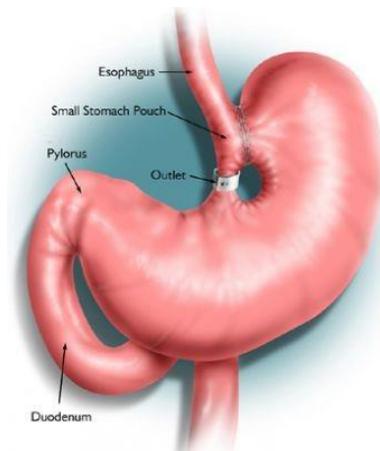
L'anneau, en obligeant à manger lentement, en accélérant la sensation de satiété (sensation variable d'un individu à l'autre) va aider à gérer plus facilement les quantités. Il ne faut donc pas manger des aliments mixés qui vont passer trop facilement malgré l'anneau.

Il faut également essayer de manger au calme car les aliments passent plus difficilement quand on est stressé ou fatigué.

5. Cas particulier : reprise de gastroplastie

A. Après gastroplastie verticale (agrafage + anneau non ajustable)

Actuellement, à la Citadelle, nous ne réalisons plus une opération qui consistait à mettre des agrafes et un anneau rigide pour diminuer la taille de l'entrée de l'estomac (VBG ou Mason).



Cependant, beaucoup de patients ont pu bénéficier de cette opération. Avec le temps, certaines agrafes se sont détachées rendant le montage inefficace. Parfois l'anneau s'est rétréci donnant, à l'inverse de grosses difficultés pour s'alimenter, donnant également du brûlant. Pour ces deux raisons essentiellement, il nous est demandé de réopérer après cette gastroplastie par agrafage vertical.

Si l'anneau est trop serré, il est possible de simplement l'ôter. Cette opération est relativement simple et peut se faire le plus souvent par laparoscopie. Il est alors possible de s'alimenter sans grande contrainte mécanique mais il n'y a plus d'aide pour lutter contre la prise de poids.

Si les agrafes se sont ouvertes, nous ne ré-agraçons plus étant donné que, très fréquemment, ce ré agrafage ne dure pas très longtemps.

Une autre solution, la plus souvent retenue, est de passer au bypass gastrique.

B. Après gastroplastie par anneau ajustable

En cas d'échec d'un anneau ajustable, que ce soit pour une intolérance psychologique ou un problème technique, l'anneau peut être ôté par laparoscopie. Il n'y a, alors, plus d'aide mécanique par rapport à la prise de poids. Une autre solution, la plus souvent retenue, est de passer au bypass gastrique. Convertir une ancienne gastroplastie en bypass est une opération difficile et qui ne doit être envisagée qu'en cas d'échec de la première gastroplastie. Il y a plus fréquemment des complications postopératoires que lors d'un bypass en première intention.

De plus, le résultat en termes de perte de poids est souvent un peu moins bon. En effet, la perte de poids est proportionnelle à la quantité et au choix des aliments. Avec une gastroplastie par agrafage ou par anneau ajustable, de mauvaises habitudes alimentaires sont parfois prises car seuls les aliments gras et/ou sucrés passent facilement au travers d'un anneau trop serré. Si ces habitudes persistent après le bypass, la perte de poids sera évidemment moins bonne.

Il ne faut donc pas choisir de se faire opérer d'un anneau ajustable en se disant que si la perte de poids n'est pas bonne, il sera toujours temps de se faire opérer d'un bypass... Il faut tout faire pour réussir à perdre son poids avec son anneau ou sa gastroplastie verticale si tel a été le premier choix.



6. Le bilan préopératoire

Après un long entretien avec le chirurgien, des documents comprenant des explications sur la chirurgie sont remis et des rendez-vous pour des consultations complémentaires sont pris. Classiquement, tous nos patients doivent au moins rencontrer :

- un médecin interniste ;
- l'anesthésiste ;
- un psychologue ;
- une diététicienne.

Au centre de la nutrition de Sainte-Rosalie, ces RDV sont organisés sur une matinée. Ces RDV permettent une bonne préparation pour la chirurgie mais aussi pour l'après chirurgie.

Le bilan comporte :

- une analyse sanguine ;
- une gastroscopie ;
- une échographie abdominale.

Il est parfois nécessaire de réaliser des bilans complémentaires (bilan cardiaque, pneumologique ou endocrinologique) en fonction des antécédents médicaux.

Au cours d'une réunion multidisciplinaire, le médecin interniste, le chirurgien, le diététicien et le psychologue reprennent chaque dossier et discutent de l'indication opératoire.

Après ces examens complémentaires et la réunion multidisciplinaire, l'infirmière coordinatrice (Madame Sandrine Cocchiaro) vous contacte et vous donne un RDV chez votre chirurgien et c'est avec les résultats des examens et après nouvelle discussion qu'une date opératoire choisie.

Sachez que les fumeurs sont plus à risques de complications postopératoires. Arrêter ou diminuer la consommation tabagique le plus tôt possible avant l'opération est toujours conseillée.

Avant l'intervention il est obligatoire de suivre un régime protéiné (expliqué par la diététicienne). Ceci a pour but, entre autre, de diminuer le volume du foie. En effet, cette opération s'effectue en arrière du foie. Si celui-ci est de petite taille, l'accès à l'estomac est plus simple pour le chirurgien. Le temps opératoire est plus court et le risque de complications diminué.

L'intervention est remboursée par la mutuelle hormis un forfait pour le matériel utilisé. Ce forfait, d'environ 800-1000 euros, est souvent remboursé par les assurances complémentaires ou hospitalisation. Le patient doit le vérifier avec son organisme assureur personnel. En cas de chambre seule, des suppléments allant jusqu'à 200% peuvent être demandés.

Vous êtes admis en hospitalisation le jour de la chirurgie. Malheureusement, toutes les opérations ne peuvent avoir lieu à 8h du matin. L'heure est fixée la veille vers 16h.

Ces opérations se réalisent sous anesthésie générale et par laparoscopie (5 petits trous) et dure environ 1h. Le patient se trouve cependant hors de la chambre pendant environ 3h car il faut tenir compte du temps des préparatifs, de l'anesthésie, du réveil.

Sans complication, l'hospitalisation dure 2 à 3 jours en fonction de l'évolution.

7. Le suivi post opératoire

A. Pendant l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation, le patient est vu tous les jours par le chirurgien et par l'anesthésiste. La diététicienne du service passe avant la sortie de l'hôpital.

Il est important de **se mobiliser** dès le lendemain pour éviter, entre autre, les problèmes de phlébite et d'infection pulmonaire.

La **reprise de l'alimentation** est progressive et prudente. Des aliments liquides sont donnés le premier jour puis semi solides le jour du départ. La reprise de l'alimentation est progressive et prudente. Il ne faut pas mettre les sutures trop rapidement sous tension. Il est donc important de suivre le rythme autorisé par votre chirurgien.

Un **drain** parfois mis en place pendant l'opération permet au chirurgien d'avoir une information sur ce qui se passe à l'intérieur de l'abdomen. En cas de saignement ou de mauvaise cicatrisation, le drain peut être laissé en place plus longtemps.

B. Les premiers mois post-opératoires

Après le retour à domicile, un **traitement « anti-phlébite »** est prescrit sous forme d'injections sous-cutanées. Un **traitement anti-acide** est prescrit pendant au moins 1 mois. Les fils sont enlevés 10 jours après l'opération chez le médecin traitant.

Les complications postopératoires précoces sont devenues très rares et généralement en rapport avec nos sutures. Elles peuvent saigner ou ne pas cicatriser normalement. En cas de saignement, des transfusions, des gastroscopies et même une ré intervention peuvent être nécessaires.

Quand il y a une mauvaise cicatrisation (fistule, abcès), un drainage supplémentaire sous scanner ou par chirurgie peut être décidé. Parfois, un geste par endoscopie (gastroscopie) avec mise en place d'une prothèse pour boucher la zone non cicatrisée est nécessaire.

Classiquement, l'incapacité de travail est d'un mois mais certains recommencent à travailler bien plus tôt.

Un mois après l'opération, le chirurgien et la diététicienne sont revus en consultation. Différents rendez-vous sont organisés tous les 3 mois avec les membres de l'équipe jusqu'à stabilisation du poids, ce qui prend en moyenne 1 an. En fonction de l'évolution, d'autres soutiens auprès de la psychologue ou du diététicien, par exemple, seront nécessaires.

L'objectif de ce suivi est très important et permet :

1. d'évaluer votre perte de poids ;
2. de vérifier que vous êtes en bonne santé et de repérer et prendre en charge les éventuelles complications chirurgicales et carences nutritionnelles qui peuvent survenir très tôt après l'intervention ou plus tardivement ;
3. d'adapter, si besoin, les traitements que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après intervention malabsorptive alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu ;

4. de vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activités physiques, et vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes ;
5. de dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps et vous proposer, si besoin, un suivi adapté.

C. Sur le long terme

Comme cela a été expliqué, l'obésité est une maladie chronique. La chirurgie n'est qu'un aide pour traiter cette maladie.

Si les consignes diététiques ne sont pas respectées à vie, et si l'activité physique est insuffisante, une reprise de poids est inévitable quelle que soit la technique opératoire utilisée.

On estime que le taux d'échec de ce type de chirurgie à 10 ans est de 10 à 20 %. On comprend dès lors l'importance de retrouver une nouvelle hygiène de vie après une chirurgie bariatrique.

Si une reprise de poids survient, il faut réagir rapidement et prendre les mesures adéquates en consultant au centre de la nutrition.

Des contrôles de prise de sang doivent être réalisés régulièrement en post opératoire. La première année, ces contrôles sont rapprochés afin de déterminer la meilleure prise de compléments (vitamines, fer, calcium...). Ensuite, une prise de sang annuelle est un minimum afin de détecter des carences et y remédier. Ce bilan est le plus souvent réalisé auprès de votre médecin traitant.

En cas de problème de douleurs, de difficultés alimentaires ou de reflux il est conseillé de revoir le chirurgien même si ces problèmes surviennent longtemps après la chirurgie.

Notre centre de la nutrition est là pour vous aider à préparer votre opération et pour garantir le bon déroulement de la période péri opératoire, mais il est là également pour régler les problèmes qui peuvent survenir sur le long terme, que ce soit des problèmes techniques, diététiques ou métaboliques.



VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

Réalisation graphique : service communication
Décembre 2016