

Gastroplastie :

Prise en charge et indications opératoires

Vous présentez un excès de poids important et vous désirez être informé sur le traitement chirurgical de l'obésité par anneau ajustable

Nous vous renseignerons successivement sur les points suivants :

- ✓ **A qui s'adresse le traitement chirurgical ?**
- ✓ **Quel est le bilan pré-opératoire nécessaire ?**
- ✓ **En quoi consiste l'acte chirurgical proprement dit ?**
- ✓ **Ses avantages.**
- ✓ **Ses inconvénients.**
- ✓ **Ses risques.**

✓ **A qui s'adresse le traitement chirurgical ?**

- ❖ Actuellement, il faut avoir entre 18 et 68 ans.
- ❖ Un index de masse corporelle (IMC ou BMI) de 35 kg/m^2 avec complications pouvant disparaître avec la perte de poids (hypertension artérielle, diabète, troubles respiratoires, apnée du sommeil, gonalgie invalidante...).
- ❖ Ou un index de masse corporelle d'au moins 40 kg/m^2 , sans complication.
L'index de masse corporelle se calcul en divisant le poids exprimé en kg par la taille en mètre au carré.
Exemple : patient de $140 \text{ kg}/(1,70 \text{ m})^2 = 48 \text{ kg/m}^2$.
- ❖ Un surpoids persistant depuis au moins 5 ans.
- ❖ **Avoir tenté de perdre du poids, sans résultat durable, depuis au moins un an avec une prise en charge médicale spécialisée.**
- ❖ Ne souffrir d'aucune maladie, en particulier endocrinienne, qui pourrait être tenue pour responsable du surpoids.
- ❖ **Etre disposé à modifier radicalement ses habitudes alimentaires, son mode de vie et accepter que l'équipe qui prend en charge le patient, continue à le suivre longtemps après l'intervention.**
- ❖ Ne pas faire de consommation exagérée d'alcool, ni présenter de dépendance aux drogues.

✓ **Quel est le bilan pré-opératoire nécessaire ?**

- ❖ Il est effectué par une équipe multidisciplinaire **comportant :**

- 1 Un chirurgien expérimenté** dans la chirurgie cœlioscopique et surtout compétent en chirurgie de l'obésité.
- 2 Un médecin nutritionniste** intervenant en pré et post-opératoire pour éduquer le patient et le guider patient dans le choix des aliments et éviter des carences éventuelles.
- 3 Un psychiatre** qui déterminera l'aptitude du patient à supporter l'intervention et la modification corporelle importante qui pourra survenir et aussi proposer un suivi psychologique pré et post-opératoire adapté.
- 4 Une équipe d'anesthésistes réanimateurs**, habitués à l'anesthésie des sujets obèses. Les anesthésistes seront consultés au moment du bilan pré-opératoire et **aussi 8 à 10 jours avant l'intervention proprement dite.**
- 5 Différents spécialistes**, si besoin et notamment un pneumologue compétent en pathologie du sommeil.



❖ Lors d'une première hospitalisation, idéalement dans une structure spécialisée, seront pratiqués outre des consultations spécialisées, une ou plusieurs prises de sang, des radiographies et échographies, en particulier une échographie de la vésicule pour rechercher des calculs, un bilan cardiologique et pneumologique, une fibroscopie gastrique (sous anesthésie générale légère), éventuellement une polysomnographie (recherche des apnées du sommeil).

❖ Au terme de ce bilan, si des anomalies sont détectées, elles seront dans la mesure du possible corrigées avant l'intervention, et pourront nécessiter des consultations spécialisées supplémentaires.

De toute façon, une semaine à dix jours avant l'intervention, devront être revus le chirurgien responsable de l'acte opératoire et l'anesthésiste.

❖ L'hospitalisation pour l'intervention proprement dite, aura lieu la veille, la plupart du temps ou plusieurs jours avant, si une préparation, en particulier respiratoire est jugée nécessaire par un membre de l'équipe.

❖ La durée de l'hospitalisation post-opératoire, après cerclage par cœlioscopie est en moyenne de deux jours, plus si une ouverture a été nécessaire.

❖ La convalescence varie de 8 jours après cœlioscopie à 30 jours environ après ouverture.

✓ **En quoi consiste l'acte chirurgical proprement dit ?**

❖ L'intervention occupe une équipe de chirurgiens et d'anesthésistes réanimateurs pendant plusieurs heures en comptant l'installation du patient, l'anesthésie, l'intervention elle-même, le réveil et le séjour en salle de soins post-opératoires. Le geste cœlioscopique, à lui seul, dure en moyenne moins d'une heure actuellement.

❖ L'intervention est réalisée dans la grande majorité des cas en cœlioscopie (une caméra et les instruments chirurgicaux sont introduits par de petits tubes à l'aide d'incisions de 5 à 15 mm de diamètre, la cavité abdominale gonflée par du gaz carbonique). Elle peut-être poursuivie en chirurgie conventionnelle, avec ouverture abdominale, si des nécessités techniques, chirurgicales ou anesthésiques, l'exigent.

❖ L'intervention consiste en la mise en place, autour de la partie haute de l'estomac, 2 cm environ sous

l'œsophage d'un anneau de silicone. Cet anneau comporte une partie interne qui pourra être gonflée ultérieurement et ainsi rétrécir le calibre de l'anneau. Ce gonflage pourra être fait selon les anneaux au sérum physiologique ou par un produit radio-opaque, par l'intermédiaire d'un site d'injection ou réservoir, lié à l'anneau par une tubulure, réservoir placé sous la peau du ventre.

❖ L'alimentation sera reprise progressivement après l'intervention, d'abord liquide pure, puis semi-liquide, puis enfin solide, sous contrôle médical.

✓ **Ses avantages.**

❖ La mise en place possible par cœlioscopie, donc en chirurgie mini-invasive, avec des suites, notamment respiratoires, plus simples.

❖ L'ajustement possible en post-opératoire par simple ponction en radiologie, du calibre de l'anneau s'adaptant ainsi aux possibilités d'amaigrissement et au confort alimentaire de chaque patient.

❖ La possibilité, en cas de nécessité, de retirer l'anneau en cœlioscopie, mais il faut noter que l'estomac reprend alors rapidement sa contenance habituelle et que le patient reprend du poids.

✓ **Ses inconvénients.**

❖ Il ne s'agit plus d'une technique récente, le premier Lap-Band ayant été posé en cœlioscopie, il y a **14 ans**, le 1 septembre 1993 (BELACHEW, Belgique). Et en ouvrant le ventre, des anneaux ajustables avaient déjà été posés il y a 20 ans aux USA et en Suède.

❖ **L'anneau est en général bien toléré et alors dans l'état actuel de nos connaissances, il doit être gardé la vie durant.**

En effet, en cas d'ablation définitive de l'anneau, le patient reprend son poids antérieur, sauf s'il arrive à maintenir de façon durable de nouvelles habitudes alimentaires strictes et toujours alors avec l'aide d'une équipe médicale spécialisée.

✓ **Ses risques.**

❖ Dans l'immédiat, ce sont les risques de toute période péri-opératoire chez un sujet obèse (complications générales à type de phlébite, embolie pulmonaire, etc...).

❖ Ce sont aussi ceux de la procédure chirurgicale elle-même : risques liés au passage des instruments près de l'estomac (perforation), risque de saignement, d'infection au niveau du réservoir, ou de l'anneau.

❖ Le risque de décès a été évalué, il y a quelques années à 1/1400, mais de nombreuses séries récentes ont fait état de résultats sur plusieurs centaines de patients avec une mortalité nulle.

❖ En post-opératoire, il peut exister une gêne au niveau du réservoir, qui disparaîtra dans les semaines suivantes, mais qui pourrait nécessiter ultérieurement, si elle persistait son déplacement.

Il faut surveiller l'intégrité du dispositif (fuite, rupture de tubulure, retournement du réservoir qui nécessiteraient une réintervention).

❖ Il existe aussi un risque de **dilatation** de la poche gastrique et de **glissement** de l'anneau autour de l'estomac, qui peut nécessiter une réintervention par cœlioscopie ou par ouverture. (Ce risque semble actuellement diminué (2%) par la nouvelle façon de placer l'anneau, depuis 2000.

Un risque rare, (1 à 4%) a été décrit : l'érosion de l'estomac par l'anneau, nécessitant là aussi l'ablation de l'anneau.

❖ A moyen terme, environ deux ans après l'intervention, du fait de l'amaigrissement massif, une chirurgie plastique au niveau essentiellement de l'abdomen, des seins, des cuisses ou des bras est souvent à envisager.

❖ Enfin, il faut insister sur la nécessité d'un suivi à très long terme, par l'équipe médico-chirurgicale et d'une parfaite collaboration du patient qui doit comprendre qu'en cas de ralentissement de l'amaigrissement ou de reprise de poids, il ne suffit pas simplement de serrer encore plus l'anneau, mais qu'il faut consulter pour en rechercher les raisons (mécaniques, nutritionnelles, psychologiques, etc...).

Les résultats non seulement en matière d'amaigrissement, mais aussi en terme de qualité de vie et de disparition des maladies associées sont directement liés à la prise en charge pluridisciplinaire post-opératoire, prolongée la vie durant.

Le patient doit accepter d'être guidé, selon un suivi personnalisé, par une équipe pouvant offrir au patients outre le chirurgien, un nutritionniste, un psychiatre et un service de radiologie spécialisé et très disponible. Une liaison constante avec le médecin traitant est établie à l'aide d'un carnet de suivi en attendant l'informatisation prévue des dossiers patients.

Cette information écrite est un complément à l'information orale primordiale et adaptée au cas de chaque patient qui est invité à formuler toute question qu'il souhaite poser.

Cette information est évaluée par questionnaire ainsi que la satisfaction des patients.

Il a été tenu compte dans l'actualisation de ces documents, des remarques des patients sur une période de plus de 20 ans de pratique personnelle de la chirurgie de l'obésité, comportant outre les différents types de gastroplastie, les courts-circuits gastriques (By-pass) et la diversion biliopancréatique (Duodenal-switch).