

**UNITE BARIATRIQUE
CENTRE HOSPITALIER PRIVE
des
COTES d'ARMOR**



DOSSIER PATIENT

Ce document est destiné à vous informer sur le déroulement de votre bilan pré chirurgical, de votre hospitalisation ainsi que des suites opératoires, psychologiques et diététiques.

*Disponible sur le site internet :
www.abcd-chirurgie.fr
(Rubrique : Chirurgie bariatrique)*

Mise à jour : 28 novembre 2016

UNITE BARIATRIQUE HPCA

Docteur David LECHAUX

Praticien Hospitalier

Ancien Interne des Hôpitaux de RENNES

Ancien Chef de Clinique-Assistant des
Hôpitaux de RENNES

Tel 02.57.24.02.00

e-mail : david.lechaux@wanadoo.fr

Secrétariat : 02.57.24.03.03

Télécopie : 02.57.24.03.09

Madame, Monsieur,

Vous présentez une obésité morbide pour laquelle vous demandez un traitement chirurgical.

Les différentes interventions que nous vous proposons figurent sur les schémas que nous vous avons remis et comprennent : l'anneau ajustable, la gastroplastie verticale calibrée, le court-circuit gastrique et la diversion bilio-pancréatique.

Dans toute intervention médicale, chirurgicale ou traitement actif, la survenue de complications parfois mortelles est possible (0,5 à 2 %). D'autres peuvent être graves ou très graves.

Ces risques ont été portés à votre connaissance, en particulier :

- une phlébite,
- une embolie pulmonaire,
- une désunion des sutures digestives (fistule anastomotique)
- une péritonite,
- une hémorragie.

Nous vous proposons un délai de réflexion qui vous permettra de poser toutes les questions que vous souhaitez et de prendre votre décision en toute connaissance de cause.

Après l'intervention chirurgicale que nous vous proposons, un suivi médical est indispensable. Il faut surveiller la perte de poids, le taux des vitamines, de fer et de folates dans le sang.

Les médecins du service et toute l'équipe sont à votre disposition pour répondre à toutes les questions que vous souhaitez.

Si tout vous paraît clair, nous vous proposons de signer ce document avec votre médecin.

Signature et cachet du médecin
Dr David LECHAUX,

Déroulé chronologique du Bilan préalable à l'intervention chirurgicale

(**NB** : L'annulation ou le retard a une de ces consultations retardera d'autant le bilan pré-chirurgicale et, a fortiori, la date de l'intervention elle-même et chaque consultation doit faire l'objet d'un courrier qui sera consultable dans le dossier et présent lors de la **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire** (RCP)
Nous conseillons au patient de se constituer un double du dossier et de le présenter à chaque consultation.

	CS MT	CS Chirurgie	CS Psy	CS Endoc (ou bilan par MT)	CS Diététique	CS Gastro (HP ?)	CS Pneumo (SAS ?)	CS Cardio	CS Anesthésie	RCP
Début du suivi (sur quelques mois)	X (médecin réfèrent)									
1 Mois		X	X	X	X@	X	X	X		
5 Mois		X#							X	X * validation de la date opératoire
6 Mois		CHIRURGIE								

MT = Médecin traitant

Psy = Psychiatre et (si possible) début de suivi avec un psychologue

CS = Consultation

Hosp. = Hospitalisation

HDJ. = Hôpital de jour

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Endoc= Endocrinologue

HP ? = Recherche de la bactérie *Helicobacter Pylori* par une fibroscopie

SAS ?= Recherche d'un Syndrome d'Apnée du Sommeil

@ = un suivi diététique doit être mis en place

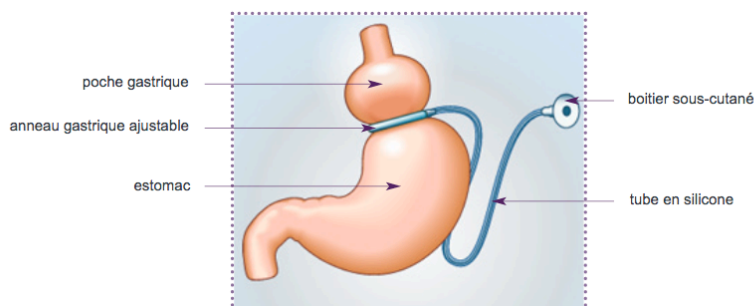
* = Discussion en RCP si bilan complet

= Consultation chirurgicale préopératoire si bilan complet

Réduction de la capacité gastrique

Les interventions restrictives pures

1. Anneaux gastriques



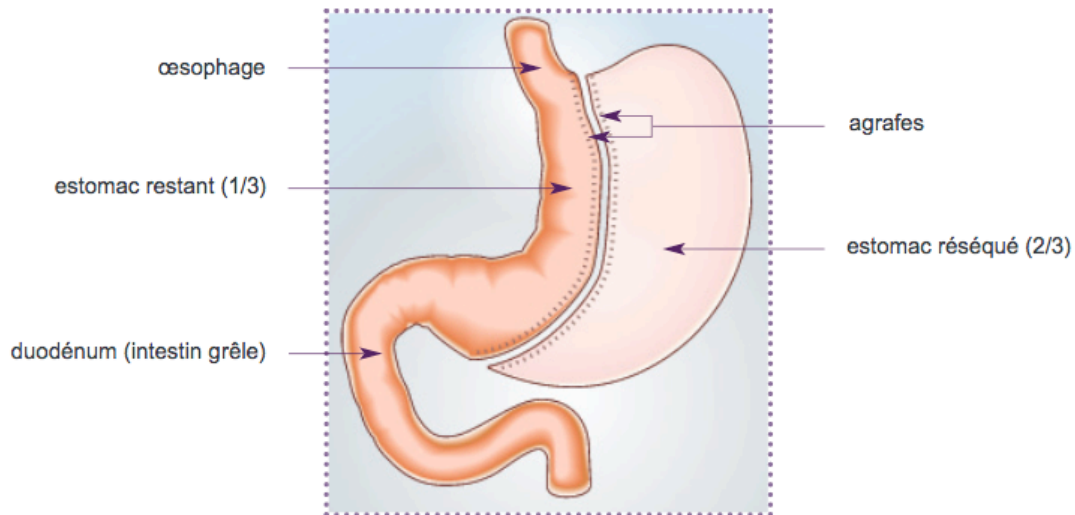
Principe	Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments. Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.
Caractéristiques	Seule technique ajustable 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. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi. L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg¹. Le recul sur ces résultats est de 10 ans. En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.
Durée moyenne de l'intervention²	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation³	2 à 3 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,1 %
Principaux risques de complications	Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années : ► problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ; ► glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ; ► troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...) ; ► lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

2. Sleeve gastrectomie



Principe	Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui secrètent 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. La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	► ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ► hémorragies postopératoires précoces ; ► carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ► reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ► dilatation de l'estomac ;

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

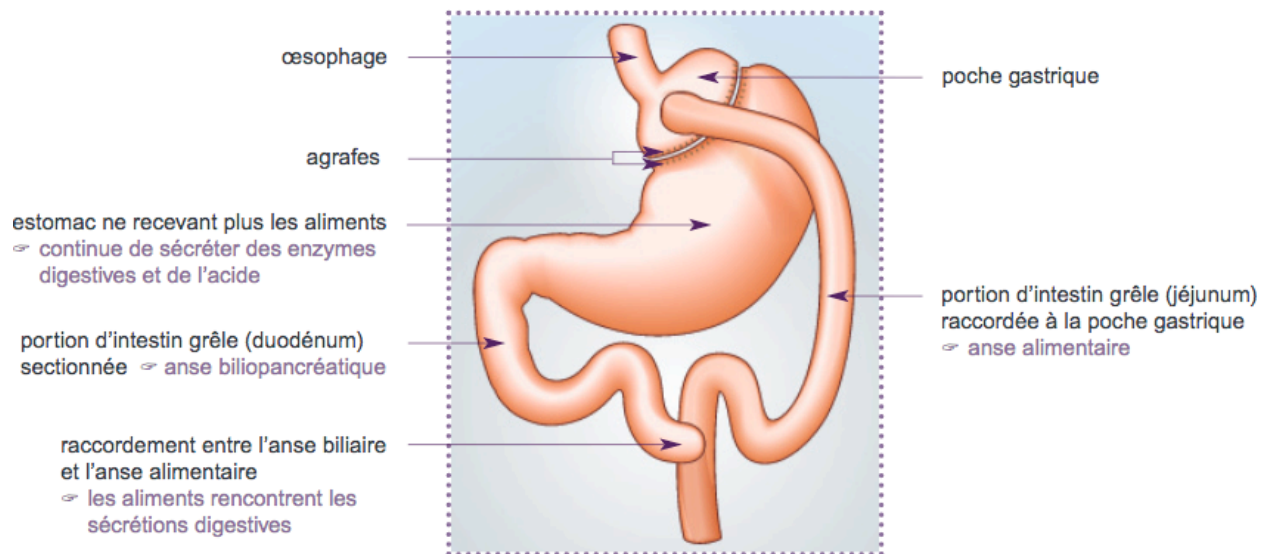
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Intervention mixte

Les interventions restrictives et malabsorptives

1. Dérivation gastro-jéjunale ou « By-Pass »



Principe	Technique restrictive et malabsorptive 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.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	1h30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	► complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ► carences nutritionnelles ; ► complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>*, constipation.

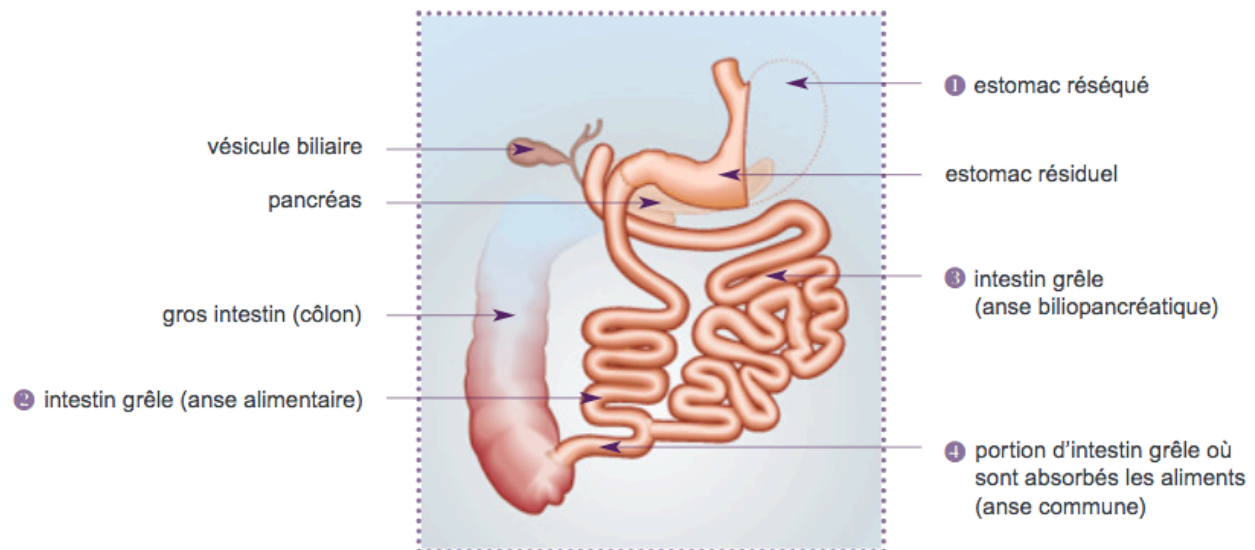
1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

* **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée...) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

2. Dérivation duodénale ou « Duodénal Switch »



Principe	Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin. La taille de l'estomac ❶ est réduite par gastrectomie et l'intestin grêle divisé en deux parties ❷ et ❸. L'estomac est raccordé à la partie ❷ servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie ❸, qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle ❹. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ❹ ; l'essentiel des aliments passent directement dans le gros intestin sans être absorbés.
Caractéristiques	Cette technique est réservée aux patients avec IMC $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 25 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	4 à 5 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	8 à 10 jours
Mortalité liée à l'intervention	1 %
Principaux risques de complications	► risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines) ; ► risque important de malabsorption de médicaments ; ► complications fonctionnelles : diarrhée, selles malodorantes ; ► complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique du court-circuit gastrique par voie cœlioscopique

Le but de l'intervention est de limiter l'absorption des aliments en court-circuitant la partie proximale de l'intestin grêle. À cette technique, on associe en général une réduction de l'estomac par une gastroplastie. Cette intervention entraîne une diminution des apports alimentaires et donc une perte de poids.

Comme pour les gastroplasties par anneau, le chirurgien se place entre les jambes du patient. Le premier temps de l'intervention consiste à créer le pneumopéritoine (gonflage du ventre avec un gaz). Ce geste est particulièrement délicat chez les grands obèses.

L'agrafage de l'estomac est réalisé à l'agrafeuse de manière à confectionner un petit estomac. Son volume initialement de plus de 1,5 litre passe à 20 à 30 ml.

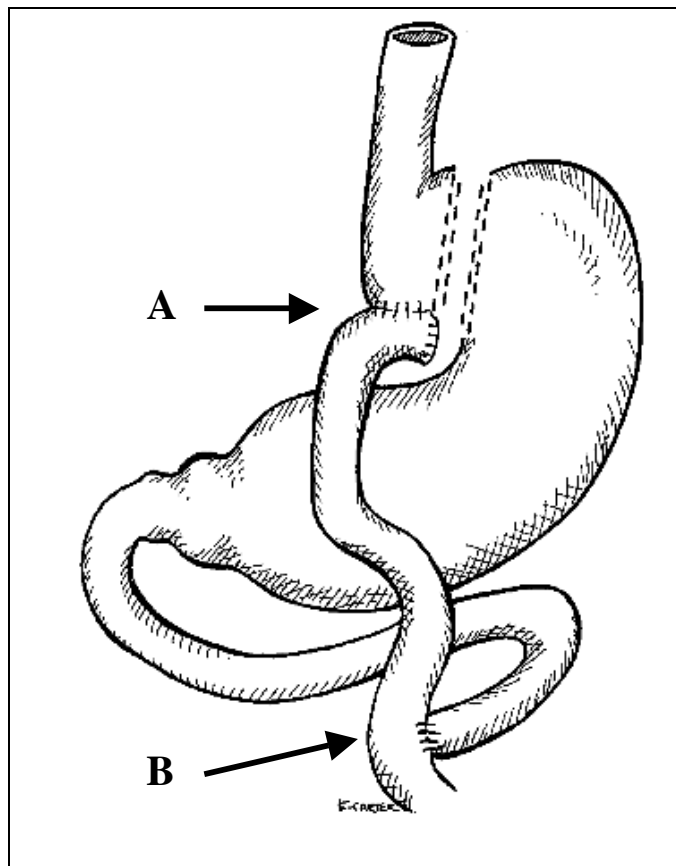


Figure 1 : Court-circuit gastrique

*Une fois l'estomac réduit, il s'agit de rétablir la continuité entre l'estomac et l'intestin (fig.1). L'intestin grêle est cousu à l'estomac au niveau **A**. Pour que les aliments regagnent le trajet normal il faut aussi suturer l'intestin au niveau du point **B** (appelé pied de l'anse en Y)*

Cette technique comporte des risques de fuite du circuit digestif (fistule) en raison du grand nombre de sutures.

SUIVI PERI-OPERATOIRE DES PATIENTS OPERES D'UN BY PASS POUR OBESITE
--

Avant l'hospitalisation (J = Jours)

J-15 Rendez vous consultations externes avec l'anesthésiste

Pendant l'hospitalisation (J = Jours)

J0 **Jour de l'opération (entré le matin a jeun)**
 (Durée d'intervention : 2 à 3 heures, puis passage en salle de réveil)
 Perfusion (goutte à goutte)
 Séjour en unité de soins continus si patient particulièrement fragile

J1 Lever précoce et marche
 Kiné motrice et respiratoire
 Boissons le midi et potage+dessert le soir

J2 Diminution des calmants
 Alimentation légère et mixée (prise en charge diététique)
 Ablation des perfusions (goutte à goutte)

J2 à J5 Sortie ⇒ arrêt de travail de 1 mois et **Protecteurs gastriques** (IPP) 3 mois
 Consultation avec la diététicienne en vue de la sortie
 Anticoagulation par injection en cas de facteur de risque

NB : En aucun cas, ces informations ne constituent un document contractuel. Chaque patient étant différent, les techniques, les suites opératoires et la durée de séjour ne sont que des renseignements indicatifs susceptibles d'être modifiés par l'équipe médicale. Ces données sont les résultats d'études statistiques réalisées au sein de l'unité bariatrique sur les patients déjà opérés de cette pathologie.

Suivi à long terme (en collaboration avec le médecin traitant)

	<i>CS Chirurgie</i>	<i>CS Psy</i>	<i>CS Endoc</i>	<i>CS Pneumo</i>	<i>CS Diététique</i>	<i>CS MT</i>
<i>1 Mois</i>					X	X
<i>2 Mois</i>	X					X
<i>3 Mois</i>						X
<i>6 Mois</i>	X	X	X	X		X Bilan
<i>7 Mois</i>					X	X
<i>1 AN</i>	X		X	X	X	X Bilan
<i>18 M</i>					X	X
<i>2 ANS</i>	X				X	X Bilan
<i>3 ANS</i>	X				X	X Bilan
<i>4 ANS</i>	X				X	X Bilan
<i>5 ANS</i>	X				X	X Bilan

- Les bilans sont prescrits par le médecin traitant sur le modèle disponible sur le site ABCD-chirurgie.fr au chapitre obésité/suivi post opératoire / le suivi nutritionnel.
- Les « grands bilans » sont à faire à 3 mois, 6 mois puis à toute les « dates anniversaires » de l'intervention. Montrez les résultats à votre médecin traitant et à votre nutritionniste.

Les carences éventuelles seront corrigées par prescription médicale de compléments vitaminiques du médecin traitant et/ou du médecin nutritionniste référent.

Le patient lui-même prend en charge le planning de ses rendez-vous et est responsable de la qualité de son suivi. Le résultat à long terme de la chirurgie en dépend.

UNITE BARIATRIQUE HPCA



Réalimentation et conseils alimentaires

La réalimentation, prise en charge par la diététicienne, se fera avec l'accord du chirurgien. Elle sera progressive afin de tester la tolérance de votre tube digestif.

- 1^{er} jour : Vous ne recevrez que des liquides au retour du bloc (répartis sur la journée) : eau, thé, café, tisane. Puis un yaourt et une compote le soir.
- 2^{ème} jour et suivants :
 - Liquides au petit-déjeuner, potages et desserts (produits laitiers et compotes) au déjeuner et au dîner.
 - 3 repas par jour + 2 collations à 10 h et 16 h
 - Les repas seront mixés et de volume modéré
 - Introduction de la viande ou poisson mixés et de légumes en purée.

Au cours de votre hospitalisation, vous aurez des entretiens réguliers avec la diététicienne qui vous donnera les conseils pour poursuivre cette réalimentation à domicile. (Mixée le premier mois)

Dans tous les cas, le suivi diététique sera indispensable : la première consultation externe (fixée à votre sortie de l'hôpital) est prévue un mois après la sortie, puis tous les trois mois la première année, tous les six mois la deuxième année et enfin une fois par an. Ce suivi sera assuré par la diététicienne qui vous a suivi avant la chirurgie.

UNITE BARIATRIQUE HPCA



RISQUES OPERATOIRES

Pendant l'opération

<i>Vasculaire</i>	<i>Hémorragie des zones de suture Plaie du foie Plaie de la rate</i>
<i>Infections</i>	<i>Plaie de l'estomac Perforation de l'intestin grêle</i>

Après l'intervention

<i>Douleurs</i>	<i>Lors de l'alimentation</i>
<i>Infections</i>	<i>Perforation de l'estomac Péritonite Encombrement bronchique (surtout si fumeur) Abscesses de paroi</i>
<i>Vomissements</i>	<i>Sténose de l'anastomose Occlusion du grêle sur bride</i>
<i>Phlébite</i>	

A distance

<i>Vomissements</i>	<i>Occlusion du grêle sur bride</i>
<i>Nutritionnel</i>	<i>Inefficacité par Trouble du comportement alimentaire carences alimentaires</i>

**UNITE BARIATRIQUE
HPCA**



RECOMMANDATIONS

Le risque de décès de cette chirurgie est de l'ordre de 1% et le pourcentage de complication de l'ordre de 10%.

L'hospitalisation est prévue le matin de l'intervention. L'intervention se déroulera à priori par voie coelioscopique mais le chirurgien se réserve la possibilité de convertir en chirurgie traditionnelle (avec une cicatrice) si la situation le requière.

Le (ou la) patiente s'engage à un suivi a long terme avec l'équipe médico-chirurgicale. La réussite dépendra de la volonté a modifier son mode de vie : habitude alimentaire, pratique de l'exercice physique, bon suivi médical, diététique et psychologique.

DATE :

SIGNATURE :

UNITE BARIATRIQUE HPCA

Consentement éclairé



Je, soussigné, Mme-Mlle-Mr..... atteste que :

Au cours de la consultation du Docteur LECHAUX, il a été convenu que je devais être hospitalisé à l'hôpital Privé des Cotes d'Armor pour y subir une intervention chirurgicale.

Le Docteur LECHAUX m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. Il m'a informé des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu du fait qu'au cours de l'intervention une découverte ou un évènements imprévus pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et le Docteur LECHAUX y a répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

Fait à Saint Brieuc, le.....
(Ce document doit être remis, signé par vos soins, lors de l'admission.)

Signature :