

Pôle ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Monsieur,

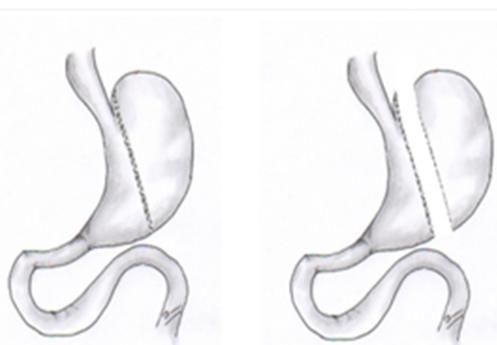
Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Pourquoi faire l'intervention ?

Vous pouvez être candidat à un traitement chirurgical de l'obésité lorsque votre index de masse corporelle est supérieur ou égal à 40 ; ou supérieur ou égal à 35 avec comorbidités (pathologies associées à l'obésité pouvant être améliorées par une perte de poids). L'index de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids par la taille en mètre au carré. L'IMC normal est entre 20 et 25 kg/m². Un IMC supérieur ou égal à 40 ou, 35 avec des comorbidités, diminue votre espérance de vie et altère votre qualité de vie par rapport à quelqu'un de votre âge et de votre taille qui a un poids normal. A partir de 60 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et la balance entre le bénéfice attendu et les risques de l'opération sera jugé par votre chirurgien au cas par cas.

- ↪ **Le bénéfice attendu de l'opération est que vous perdiez une grande partie de votre excès de poids** sans le reprendre le plus longtemps possible et, de ce fait, diminuer, voire supprimer vos comorbidités associées à votre obésité (hypertension artérielle, diabète, apnée du sommeil, douleurs articulaires...)
- ↪ **Pour la sécurité de l'opération un bilan préopératoire très complet est réalisé** en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette intervention demande une entente préalable auprès de la sécurité sociale qui sera rédigée par votre chirurgien. Vous l'adresserez en recommandé à votre caisse qui a 15 jours pour répondre et éventuellement vous convoquer. Passé ce délai, l'absence de réponse vaut accord.

La gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomie)



- ↪ **Le principe de la Sleeve gastrectomie est de réduire la capacité de l'estomac.**
- ↪ **La Sleeve gastrectomie est quasiment toujours fait par cœlioscopie.** (sous anesthésie générale avec l'aide d'une caméra, de petites incisions allant de 5 à 15 mm, parfois moins). Il peut arriver, exceptionnellement, que l'opération soit faite par une incision classique (laparotomie) sans que cela soit prévu avant l'opération mais décidé pendant celle-ci par le chirurgien devant l'apparition de difficultés (tissus collés entre eux ou saignement difficile à contrôler).

Cette intervention pourra vous être proposée par votre chirurgien par coelioscopie avec assistance robotique. Cette nouvelle technique n'entraînera aucune modification de la technique chirurgicale prévue, ni aucune modification des éventuels risques ou bénéfices attendus.

- ↪ **La période qui suit l'opération** (période post-opératoire) **nécessite une surveillance attentive**. La grande majorité des complications survient pendant les 48 premières heures postopératoires. Une ré-intervention en urgence peut être nécessaire si une complication est suspectée.
- ↪ **Il est essentiel pour votre confort et votre confiance** de bien suivre les conseils alimentaires donnés par le chirurgien, les diététiciennes et les infirmières. Il faudra vous alimenter de façon semi-liquide puis solide, calmement, lentement, ne pas boire en mangeant et bien mâcher quand vous introduirez les solides. Un programme ou des conseils de développement de votre alimentation vous seront remis.

Quelles sont les complications possibles ?

- ↪ **Pour réaliser la gastrectomie partielle, l'estomac est agrafé sur environ 20 cm de haut**. Il y a un risque de fuite sur cet agrafage ce qui peut provoquer un abcès voire une péritonite. Ce risque est estimé actuellement à 2 à 3%. Cela justifie une surveillance étroite pendant votre hospitalisation. Cette complication peut aussi arriver pendant quelques semaines après l'opération. Un suivi médical régulier doit donc être effectué. Le respect scrupuleux des consignes de réalimentation contribue à réduire ce risque. La survenue d'une fuite (fistule) après Sleeve gastrectomie nécessite généralement des traitements longs, qui peuvent se compter en semaines et nécessiter des gestes techniques sous anesthésie générale voire une ré intervention.
- ↪ **Comme dans toute opération il existe un risque de saignement** (hémorragie), qui justifie une surveillance étroite et des prises de sang dans les premiers jours dans les premières 48h. Une ré-opération et/ou un traitement médical (transfusion sanguine) pourront être nécessaires suivant la gravité.
- ↪ **La création d'un estomac trop étroit** (sténose ou twist), **empêchant une alimentation correcte est aussi possible mais très rare**. Exceptionnellement, une autre intervention ou un geste endoscopique (mise en place d'une prothèse) sera nécessaire pour régler ce problème.
- ↪ **L'excès de poids augmente le risque de phlébite** (caillot dans les veines) **et d'embolie pulmonaire**, vous devrez avoir, après l'opération, des piqûres pour fluidifier le sang et éventuellement des bas de contention. Globalement, le taux de décès après ce type d'opération est inférieur à 0,1 %ⁱ
- ↪ **Après votre retour au domicile la survenue de certains signes** (essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, saignements par l'anus, vomissements répétés, difficultés alimentaires majeures, douleurs des épaules en particulier à gauche) doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre, car ces symptômes peuvent traduire la survenue d'une complication.

Le suivi à distance

Vous devez vous engager à revoir votre chirurgien, votre diététicienne et tout éventuel médecin spécialiste pour des conseils alimentaires à long terme et le dépistage de complications éventuelles. Vous devrez reprendre ou développer une activité physique quelle qu'elle soit que l'on estime nécessaire ainsi que, si cela vous a été recommandé, un accompagnement psychologique.

Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant les 2 premières années post-opératoires. Une contraception efficace est donc recommandée.

ⁱ has-sante.fr. Obésité. Prise en charge chirurgicale chez l'adulte.