

LA CHIRURGIE DE L'OBESITE

INFORMATION



Dr Géraud TUYERAS



Dr Maël CHALRET du RIEU

Formation initiale sur la chirurgie bariatrique

Introduction : [vidéo 1, cliquez ici](#)

Bonjour, et bienvenue sur cette session d'information dans le cadre de votre projet de perte pondérale assistée par une intervention chirurgicale. Je suis le Dr TUYERAS l'un des 2 chirurgiens bariatriques titulaires exerçant au centre intégré de l'obésité du CHU de Toulouse.

Pendant votre parcours hospitalier, vous serez en contact avec plusieurs soignants :

- L'équipe chirurgicale animée par 2 chirurgiens titulaires : le Dr Chalret Du Rieu et moi-même.
- L'équipe de nutrition dirigée par le Pr Ritz : qui comprend des médecins, des nutritionnistes et des psychologues.

L'objectif de cette séance, qui durera en tout environ une demi-heure à trois quarts d'heure, est de vous apporter une information la plus claire possible par rapport à ce type de chirurgie afin de répondre à 5 questions :

- Qu'est que l'obésité ?
- Quelles sont ses principales conséquences ?
- Quels patients peuvent être opérés ?
- Quelles sont les interventions possibles, leurs risques, leurs contraintes et leur efficacité ?
- Quel sera votre parcours hospitalier pendant ce projet ?

Cette session est une préparation à la première consultation, elle nous permettra d'avoir plus de temps pour répondre à vos interrogations personnelles, et de réaliser le dossier de soin qui vous suivra tout au long de votre parcours. Elle est complétée par un certain nombre de documents que vous pouvez télécharger (le support écrit, un formulaire d'information de la haute autorité de santé : [cliquez ici](#)). Cette formation est donc composée de 11 vidéos courtes à la fin desquelles est posée une question simple. Elle permettra de vérifier votre bonne compréhension et de servir de base pour la consultation. La réponse est à rapporter sur le questionnaire joint par mail et à nous retourner ou à nous rendre le jour de la consultation. Il prouvera également que vous avez bien suivi la présentation. Ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de note ni aucune sanction en cas d'erreur. Vous aurez bien sûr accès à cette information tout au long de votre préparation.

Chapitre 1 : Généralités [vidéo 2, cliquez ici](#)

Pour commencer, définissons le terme d'obésité. Le statut d'obésité se base sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) selon la formule :

$$IMC = \frac{Poids}{(Taille)^2}$$

Vous êtes considéré en surpoids lorsque votre IMC dépasse 25 Kg/m². Entre 30 et 35 Kg/m², il s'agit d'une obésité commune (grade 1 ou modérée). Entre 35 et 40 Kg/m², il s'agit d'une obésité sévère (grade 2) et au-delà de 40 Kg/m², il s'agit d'une obésité morbide (grade 3).

L'obésité représente actuellement un problème majeur de santé publique, en France, elle concerne 6.9 millions de patients (15% de la population) avec une tendance à l'aggravation quelle que soit la catégorie d'obésité. Sur les recensements récents menés par un organisme privé (enquête Obépi Roche 2012), près de la moitié de la population française était en surpoids en 2012.

Plus le grade de l'obésité est élevé, plus le risque de complication est élevé. Les complications les plus fréquemment associées à l'obésité sont :

- Pathologies cardiovasculaires : **Hypertension artérielle**, cardiopathie ischémique (infarctus...), insuffisance cardiaque, trouble du rythme.
- Pathologies respiratoires : **Syndrome d'apnées du sommeil (SAOS)**, Insuffisance respiratoire, Maladie thrombo-embolique veineuse (phlébite et embolie pulmonaire)
- Pathologie métabolique : **Diabète, dyslipidémie**
- Pathologie digestive : reflux gastro-œsophagien, surcharge graisseuse du foie, calculs de la vésicule biliaire.
- Pathologie rhumatologique : **Arthrose**
- D'autres maladies peuvent y être associées comme certaines pathologies dermatologiques, neurologiques, une diminution de votre fertilité. L'obésité peut entrer en cause dans l'aggravation de certaines pathologies psychiatriques. Enfin elle est un des facteurs de risque de certains cancers dépendant d'hormones stockées dans le tissu adipeux, comme les cancers de l'utérus, des ovaires, des seins, de l'endomètre, de la prostate.

Enfin, plus l'obésité augmente, plus l'espérance de vie diminue, comme on peut le voir sur cette image tirée d'une étude scientifique : (*Fontaine – JAMA – 2003*). Dans cette étude, il a été comptabilisé le nombre d'années de vie perdues en fonction de l'âge, du sexe et de l'IMC. On peut voir qu'une patiente de 30 ans, présentant un IMC de 41 Kg/m², a 5 ans en moins d'espérance de vie qu'une personne ayant un IMC < 25 Kg/m².

Chapitre 2 : La chirurgie de l'obésité, c'est pour qui ? [vidéo 3, cliquez ici](#)

La chirurgie bariatrique regroupe donc l'ensemble des interventions ayant pour but la perte pondérale. Elle est en constante progression dans le monde du fait de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et des preuves de son intérêt que nous traiterons plus tard. Mais intéressons-nous d'abord aux indications et contre-indications de ces interventions.

En France actuellement, les indications sont bien encadrées par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), elles sont résumées par :

- Les patients dont l'IMC atteint **40 Kg/m²**
- Les patients dont l'IMC se situe **entre 35 et 40 kg/m²** si cette obésité est associée à au moins une complication grave comme : les maladies cardio-vasculaires (notamment l'hypertension artérielle), le syndrome d'apnées du sommeil (et autres troubles respiratoires sévères), le diabète de type 2, les arthropathies invalidantes (après avoir été objectivées par un spécialiste rhumatologue), la dyslipidémie, l'hépatopathie métabolique.
- En deuxième intention après l'échec d'une prise en charge médicale et nutritionnelle optimisée.

Chaque patient sera évalué au cas par cas au cours d'une réunion pluridisciplinaire spécialisée.

Il existe certaines contre-indications comme les troubles cognitifs et mentaux sévères, les troubles sévères du comportement alimentaire, la dépendance à l'alcool et autres substances psychotropes, les incapacités à maintenir un suivi médical prolongé, toutes les contre-indications anesthésiques, les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme. Il est à noter que la majorité de ces contre-indications sont temporaires et peuvent être réévaluées. Attention, les patients déjà opérés d'intervention à visée de réduction pondérale ne sont pas soumis aux mêmes contraintes par rapport au poids.

Chapitre 3 : Le parcours préopératoire [vidéo 4, cliquez ici](#)

Quel que soit le type de chirurgie réalisé, le résultat final dépend pour une partie importante de votre motivation et de votre capacité à changer certaines de vos habitudes (habitudes alimentaires, activité sportive). En cas de poursuite ou de reprise de mauvais comportements alimentaires, il peut être observé des reprises pondérales. De plus l'intervention changera forcément, du fait de la réduction de l'estomac, votre façon de vous alimenter (nous y reviendrons plus tard). Il faut donc se préparer à cette nouvelle anatomie, connaître et assimiler ses contraintes : cette chirurgie va changer votre rapport à l'alimentation et également votre image corporelle avec ses avantages comme l'amélioration de votre capacité à pratiquer une activité physique ou tout simplement à

marcher sans être essoufflé. Mais aussi ses inconvénients comme les excédents cutanés (ventre, bras, cuisse, sein) qui ne pourront être corrigés qu'une fois le poids stabilisé. Pour toutes ces raisons, une telle chirurgie ne peut s'envisager qu'après une période de préparation nutritionnelle et psychologique. L'objectif de cette préparation est d'amorcer la perte pondérale, de vous apprendre les bases de l'alimentation que vous aurez après l'intervention et surtout de les avoir assimilées et incluses dans vos activités habituelles (travail, vie personnelle). Pour être efficace, la préparation dure un minimum de 6 mois (la durée étant évaluée au cas par cas en fonction votre situation).

Au total, voici votre futur parcours avec nous pour votre projet de chirurgie bariatrique :

- Tout d'abord nous allons nous rencontrer lors de la première consultation chirurgicale, nous créerons le dossier qui vous suivra pendant votre préparation. Nous pourrions répondre aux questions qui n'auront pas été abordées ou qui se seront posées au cours de cette séance d'information. Puis en fonction de votre situation nous vous orienterons vers l'équipe de nutrition. Si vous ne correspondez pas aux indications de la chirurgie, nous vous orienterons vers une autre solution.
- Viendra ensuite la phase de préparation qui consistera en plusieurs consultations avec des médecins nutritionnistes, des diététiciens et des psychologues. La préparation s'adapte à votre profil, elle peut parfois nécessiter des séances d'hospitalisation de jour pour grouper les examens. Cette partie de votre parcours durera un minimum de 6 mois comme recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Pendant votre préparation, sera également réalisé un bilan préopératoire qui nécessitera des consultations avec au moins un pneumologue, un cardiologue et de réaliser une fibroscopie de votre œsophage et de votre estomac. En fonction de ces examens, de votre profil et de vos souhaits, nous déciderons ensemble de l'intervention la mieux adaptée. Au total l'évaluation préopératoire est très complète et regroupe au minimum: une évaluation nutritionnelle et vitaminique, une évaluation endocrinologique, cardiaque, pulmonaire, psychologique, gastroentérologique et une évaluation de votre dentition.
- Une fois cette étape terminée, nous validerons votre dossier au cours d'une réunion multidisciplinaire regroupant l'ensemble des intervenants que vous aurez rencontrés.
- Une nouvelle consultation chirurgicale sera alors programmée, ainsi qu'une consultation avec un anesthésiste, afin de programmer la date opératoire, revoir les détails de l'intervention choisie et répondre à vos dernières questions. L'intervention sera programmée dans un délai minimal de 3 semaines afin de pouvoir recueillir l'accord de la sécurité sociale pour la prise en charge de votre intervention (car elle est soumise au régime des ententes préalables). Après l'intervention commencera le suivi post-opératoire régulier, nous en parlerons plus tard.

Chapitre 4 : Les interventions, généralités [vidéo 5, cliquez ici](#)

Parlons maintenant des différentes procédures chirurgicales couramment réalisées. Actuellement, 4 interventions sont répertoriées et recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) : l'anneau gastrique ajustable, la sleeve gastrectomie (gastrectomie longitudinale), le bypass gastrique et la dérivation biliopancréatique. Cette dernière, correspondant à une indication plus rare et ayant un principe d'action proche du bypass gastrique, ne sera pas détaillée dans cette présentation. Toutes ces interventions sont réalisées par coelioscopie dans la mesure du possible. Globalement, le résultat en terme de perte pondérale dépend du type d'intervention : nous pouvons dire que l'efficacité augmente avec la complexité et donc avec le risque opératoire.

Il existe trois mécanismes pour induire chirurgicalement une perte pondérale :

- **la restriction** (réduction de la taille de l'estomac): qui induit un changement du comportement alimentaire avec satiété précoce et réduction du volume alimentaire c'est le cas de toutes les interventions réalisées et c'est le seul mécanisme de l'anneau de gastroplastie modulable.
- **la modification des hormones satiétogènes**: c'est le mécanisme qui s'ajoute lorsque l'on réalise une sleeve gastrectomie.
- **La malabsorption** : mécanisme qui s'ajoute lorsque l'on réalise un bypass gastrique. L'ajout progressif de ces différents mécanismes explique l'augmentation de l'efficacité des différentes interventions.

Chapitre 5 : L'anneau gastrique modulable [vidéo 6, cliquez ici](#)

C'est donc l'intervention la plus rapide (45 min), la moins risquée mais la moins efficace. La perte de poids attendue en moyenne sur 2 ans est de 50% de votre excès pondéral. C'est la seule intervention réversible facilement avec néanmoins un risque majeur de reprise pondérale en cas de retrait de l'anneau (geste qui est nécessaire dans environ 40 % des cas dans les 10 ans qui suivent la mise en place de l'anneau).

Le principe est de positionner sur la partie haute de l'estomac un anneau en silicone gonflable. Cet anneau a pour effet de ralentir, par son effet sablier, la vidange gastrique. Une fois la poche remplie, la distension gastrique entraîne un phénomène de satiété précoce. Il est possible de resserrer cet anneau afin d'augmenter la restriction au moyen d'un boîtier qui est relié à l'anneau et dans lequel on peut injecter de l'eau. Au début de l'implantation de l'anneau il est souvent nécessaire de « régler l'anneau » en procédant à plusieurs séances de « gonflage » ou de dégonflage en fonction de la sensation de restriction.

Chapitre 6 : la sleeve gastrectomie [vidéo 7, cliquez ici](#)

C'est une intervention qui consiste à réduire la taille de l'estomac en le transformant en un tube (d'où son nom de gastrectomie longitudinale). Elle dure environ 1 heure et permet en moyenne une perte de 60% de votre excès pondéral. L'estomac est donc sectionné dans toute sa longueur afin d'en retirer définitivement les 2/3 environ. Il existe une restriction alimentaire à laquelle on ajoute, par le retrait de la grosse poche gastrique, le retrait des cellules sécrétrices de ghréline responsables de la sensation de faim. On réduit donc la capacité de l'estomac et également la sensation de faim.

Chapitre 7 : le bypass gastrique [vidéo 8, cliquez ici](#)

Le bypass est une intervention plus complexe donc plus longue, sa durée est d'environ 2 heures. Elle est également plus efficace, on attend une perte d'excès de poids d'environ 70%. Le principe est de séparer l'estomac en 2 parties, c'est la bipartition gastrique :

- 1 partie alimentaire qui correspond à une petite poche de 15 ml
- 1 partie biliopancréatique contenant l'ensemble des sécrétions gastrique, biliaire et pancréatique nécessaires à la digestion.

La partie alimentaire est branchée par une première anastomose sur l'intestin grêle afin d'assurer le transport des aliments, la seconde partie est raccordée un peu plus bas (environ 1,5 m) également à l'intestin grêle en faisant une sorte de « Y » de manière à retarder le processus de digestion. En effet, avec ce montage, les aliments cheminent d'abord dans la branche alimentaire du bypass qui mesure 1,5 m sans digestion, puis ils sont rejoints par les sécrétions digestives de la branche biliopancréatique au niveau du branchement en Y afin de pouvoir commencer la digestion et donc l'absorption des aliments.

Ainsi il existe, comme pour les deux premières interventions (anneau gastrique et sleeve gastrectomie), un phénomène de restriction, comme pour la sleeve gastrectomie une action hormonale (réduction de la ghréline) et en plus, un phénomène de malabsorption qui porte principalement sur les graisses et les protéines. Cette malabsorption conduit à une plus grande efficacité mais contraint par ailleurs à une supplémentation vitaminique à vie.

Chapitre 8 : Et après l'opération ? [vidéo 9, cliquez ici](#)

Votre séjour hospitalier dure en moyenne 3 ou 4 jours : vous êtes hospitalisé la veille, puis après une intervention d'une durée variable en fonction du type de chirurgie (anneau gastrique : 45 min, Sleeve gastrectomie : 1 heure, Bypass gastrique : 2 heures), suit une période de surveillance et de réalimentation d'une durée de 2 à 3 jours (3 jours pour le bypass).

TOUTES ces interventions quelle que soit leur complexité peuvent entraîner des complications. Ces complications peuvent être :

- communes à toutes les interventions comme les phlébites (qui seront prévenues par le port de bas de contention et une anticoagulation), les infections (principalement pulmonaires), l'hémorragie.
- spécifique au type de d'intervention réalisée :
 - Anneau gastrique : glissement de l'anneau (slippage), migration intra gastrique, occlusion haute, infection ou dysfonction de l'anneau.
 - Sleeve gastrectomie : fistule (2.5%), reflux gastroœsophagien (remontée acide dans l'œsophage)
 - Bypass gastrique : fistule (2%), occlusion, dumping syndrome (malaise hypoglycémique après les repas), carences vitaminiques.

La mortalité globale de ce type d'intervention est de 0.08 à 0.14 %.

A votre sortie, la diététicienne vous donnera les conseils de réalimentation sur une période de 1 mois, puis vous pourrez mettre en application l'ensemble des enseignements que vous aurez appris avant l'intervention. Les repas seront plus longs (45 min), fractionnés avec des collations, il faudra boire entre les repas. Il ne doit pas y avoir de vomissement. Vous serez suivi régulièrement par l'équipe qui vous aura préparé. **Il ne faudra pas hésiter à appeler en cas de problème.**

Après votre intervention, vous allez perdre du poids, une perte importante la première année puis se stabilisant au cours de la deuxième année. Avec cette perte de poids, risquent d'apparaître quelques séquelles cutanées. Elles sont variables en fonction des personnes et du poids perdu, elles touchent principalement le ventre, les bras, les cuisses et les seins. Une chirurgie de correction est possible, elle nécessite parfois plusieurs temps, et ne peut s'envisager qu'après stabilisation de la perte pondérale soit environ 18 mois après votre intervention. La sécurité sociale peut prendre en charge ce type d'intervention sous certaines conditions et après entente préalable.

Une question se pose souvent: peut-on tomber enceinte après une telle intervention?

Bien sûr mais quelques informations sont à prendre en compte:

- la perte de poids améliorera probablement votre fertilité, vous aurez moins de risque de macrosomie (enfant de plus de 4 Kg à la naissance), de diabète gestationnel et de pré éclampsie.
- Vous aurez donc plus de chance de tomber enceinte, cependant, pendant la perte de poids importante de la première année, il existe un risque plus important, si vous tombez enceinte, d'accouchement prématuré, de retard de croissance intra utérin, et de malformation en cas de carence vitaminique.
- Pour éviter tous ces problèmes nous vous demanderons de maintenir une contraception efficace pendant les 12 à 18 mois suivant l'intervention.
- Enfin lors de votre projet de future grossesse, il sera nécessaire de maintenir un suivi médical et une supplémentation vitaminique adaptée.

Chapitre 9 : La chirurgie, pourquoi ? [vidéo 10, cliquez ici](#)

Nous allons maintenant répondre à la question : « pourquoi vous proposer ce type d'intervention ? » Tout d'abord et comme nous avons pu l'aborder au début de cette formation, parce que l'obésité génère à long terme un ensemble de complications qui conduisent à une altération de la qualité de vie mais aussi à une diminution de l'espérance de vie. Une perte de poids est donc nécessaire afin de réduire l'ensemble de ces pathologies.

Actuellement, de nombreuses études ont permis de prouver la supériorité de la chirurgie par rapport à une prise en charge nutritionnelle. Une étude suédoise nommée SOS study a confirmé cette information avec une étude de suivi longue (> 15ans). Sur les courbes réalisées on peut voir que :

- la chirurgie est plus efficace que la prise en charge nutritionnelle
- les interventions n'ont pas une efficacité égale (bypass plus efficace)
- pour toutes les interventions, après une perte de poids maximale au bout d'un an, il peut y avoir une petite reprise pondérale qui ne rejoint jamais le poids initial (sous réserve d'un maintien d'une bonne hygiène de vie).

Concernant la différence d'efficacité, une récente étude regroupant près de 10000 patients a permis de montrer la supériorité du bypass par rapport la sleeve gastrectomie et la supériorité de la sleeve gastrectomie sur la gastroplastie par anneau gastrique. Les pertes de poids attendues à 3 ans sont respectivement pour l'anneau, la sleeve gastrectomie et le bypass gastrique : 44%, 56% et 67% de l'excès de poids.

Quelle que soit l'intervention, la perte de poids occasionnée conduit à une réduction voir à une mise en rémission des complications qui lui sont associées. Plus l'intervention est efficace, plus l'amélioration est franche, ainsi l'amélioration est meilleure après bypass

gastrique. Chez les patients souffrant de nombreuses comorbidités et notamment du diabète, nous proposerons préférentiellement (mais sans obligation formelle) la réalisation d'un bypass gastrique. Cependant, avec le temps et probablement la légère reprise pondérale, certaines comorbidités pourront réapparaître, ainsi dans l'étude suédoise précédemment citée, environ 50 % des patients diabétiques en rémission initialement devaient reprendre de faibles doses de traitement 10 ans après la chirurgie.

Plus récemment, il a pu être observé sur des études de suivi long, que la chirurgie permettait de réduire considérablement la mortalité des patients obèses et notamment de réduire de moitié le risque de décès par maladie cardiovasculaire en comparaison avec les patients obèses non opérés.

Enfin, de nombreuses études ont montré une amélioration de la qualité de vie des patients opérés. Amélioration maximale à 1 an puis stabilisation par la suite. Nous voulons attirer votre attention, à ce sujet sur plusieurs études qui ont montré une augmentation du risque de suicide après ce type de chirurgie : cette intervention va changer votre vie, améliorer vos capacités de déplacement, réduire votre risque de mortalité, mais cela au prix d'une modification importante de vos habitudes notamment alimentaires, il est important d'avoir un suivi régulier psychologique avant puis parfois après l'intervention afin d'être accompagné dans ce changement et pouvoir réagir rapidement en cas de problème.

Conclusion : [vidéo 11, cliquez ici](#)

Pour conclure, vous aurez donc compris que la chirurgie bariatrique permettait une perte de poids, une amélioration des comorbidités, une réduction de la mortalité plus importante et plus durable que la prise en charge nutritionnelle simple et ce sans frustration majeure, à la différence d'un régime restrictif.

Ces interventions s'inscrivent dans un projet global avec préparation nutritionnelle et psychologique préopératoire et ensuite un suivi post-opératoire.

Une grande partie de l'efficacité de votre intervention reposera sur votre implication et votre motivation. Bien sûr à toutes les étapes de votre parcours, nous serons là pour vous aider et vous informer, de nombreuses formations pré et postopératoires sont à votre disposition pour compléter ou actualiser vos connaissances. L'ensemble des informations sur la prise en charge de l'obésité dans la région est disponible sur le site du centre intégré d'obésité ou sur le site du CHU (centre intégré de l'obésité : [cliquez ici](#), site du service : [cliquez ici](#))

N'hésitez pas à préparer vos questions pour la consultation avec votre chirurgien, et veuillez nous retourner le questionnaire joint dans le mail rempli,

Merci et à bientôt.