

NOTICE D'INFORMATION PATIENT CANDIDAT A UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Ce document est destiné à vous informer du déroulement de votre bilan pré opératoire, de votre hospitalisation ainsi que des suites opératoires au sein de l'établissement. Il complète la brochure « information patient » éditée par la H.A.S. que vous devez impérativement avoir lue. Veuillez consulter la « Brochure d'Information Patients » située sur le site de l'Haute Autorité de la Santé à l'adresse suivante :

<http://www.has-sante.fr>

(le fichier s'intitule : « brochure_obesite_patients_220909.pdf »)

Vous pouvez par ailleurs trouver d'autres informations officielles ainsi que des liens sur le site de la Société Française et Francophone de Chirurgie e l'Obésité (SOFFCO) à l'adresse suivante :

<http://www soffco.fr>

GENERALITES

L'obésité est définie comme un excès de masse grasse mettant en jeu la santé et réduisant l'espérance de vie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC, défini par le rapport P / T^2 , le poids P étant exprimé en kg, la taille T en mètre) permet de différencier le surpoids (IMC compris entre 25,0 et 29,9 kg/m²) de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²).

Selon cette même classification, l'obésité est elle-même subdivisée en:

- obésité modérée : IMC entre 30 et 34,9 kg/m² ;
- obésité sévère : IMC entre 35,0 et 39,9 kg/m² ;
- obésité morbide = obésité massive : IMC ≥ 40 kg/m².

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique. Comme le montrent les résultats de l'enquête nationale OBEPI 2012, l'obésité concerne 15 % de la population âgée de plus de 15 ans en France, soit 6 millions de personnes. L'obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) concerne 0,8 % de la population, environ 400 000 personnes.

Les indications de chirurgie de l'obésité, dites bariatriques, reposent sur des recommandations de bonne pratique, conformément aux règles établies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les patients pouvant être opérés sont des sujets majeurs (âge > 18 ans), chez qui une prise en charge médicale spécialisée d'au moins 6 mois s'est soldée par un échec. Le patient doit adhérer au projet et doit avoir compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme. L'indication chirurgicale dépend de la valeur de l'indice de masse corporel soit :

- pour obésité morbide : IMC > 40 kg/m²
- pour obésité sévère : IMC compris entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une co-morbidité liée à l'obésité (diabète de type 2, hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, arthrose portant sur une d'articulation portante : genou, hanche...).

Les opérations se répartissent en interventions dites :

- « restrictives » : sleeve gastrectomy,
- « malabsorptives » : bypass gastrique (anse en oméga ou anse en Y).

Les techniques de chirurgie bariatrique comportent toujours une forme de restriction, c'est-à-dire une diminution de la capacité de l'estomac et donc du volume alimentaire lors des repas.

Pour la sleeve et le bypass gastrique, il existe également un effet neuro-hormonal, secondaire à la diminution de la sécrétion d'une hormone orexigène : la gréline, agissant au niveau du centre hypothalamique de la régulation de la faim.

La malabsorption induite par un court circuit intestinal entraîne une modification de la digestion, notamment en diminuant l'absorption des graisses et des protéines. Cette malabsorption va aussi affecter un certain nombre de vitamines ou oligo-éléments, nécessitant une compensation au long cours. Des bilans sanguins pour s'assurer de l'absence de carence et permettant d'adapter les suppléments vitaminiques sont indispensables. L'adhésion à une supplémentation vitaminique doit donc être pleinement acceptée en cas de bypass gastrique.

Les bénéfices de la chirurgie sont triples :

- l'amaigrissement : il a lieu en principe durant les 2 années suivant la chirurgie. La perte de poids maximale s'observe habituellement entre 18 et 24 mois. Cette perte de poids est exprimée souvent en pourcentage de perte d'excès de poids. L'excès de poids est défini comme la différence en kg entre le poids avant l'intervention et le poids « idéal » qui correspond à un IMC de 25 kg/m²,
- l'amélioration voire la guérison de certaines co-morbidités (diabète, syndrome d'apnée du sommeil, hypertension artérielle, arthropathies, dyslipidémie) qui s'accompagne donc d'un allongement de l'espérance de vie,
- l'amélioration de la qualité de vie.

CHEMIN CLINIQUE DU PATIENT

Avant l'intervention chirurgicale, tout un cheminement médicalisé est demandé au patient. Ce cheminement est souvent appelé « parcours pré-opératoire ».

Une fois que le chirurgien a validé une possibilité chirurgicale et qu'une période de réflexion a été respectée, le patient organise les rendez-vous avec les différents intervenants à rencontrer. Ce parcours dure en moyenne 3 à 9 mois. Il a pour objectif de préparer le patient à l'intervention chirurgicale et de lui inculquer les règles élémentaires d'hygiène de vie à adopter et à conserver après l'intervention chirurgicale, garant d'une efficacité durable de la chirurgie.

Les intervenants sont :

- la diététicienne
- la psychologue
- la kinésithérapeute
- le gastro-entérologue
- l'endocrinologue
- le radiologue (échographie hépato-vésiculaire, orthopantomogramme)
- le dentiste
- l'anesthésiste

Et éventuellement, le pneumologue, le cardiologue, le psychiatre, le gynécologue...

Au cours de cette période de préparation à l'intervention chirurgicale, le patient peut participer à des groupes de parole lui permettant ainsi de rencontrer des personnes opérées.

Le patient doit également participer aux ateliers du programme d'éducation thérapeutique.

Chaque dossier est présenté à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Une discussion décisionnelle a lieu, de façon collégiale, afin de valider l'indication chirurgicale. Un dossier peut être mis en attente si la RCP décide que le patient n'est pas encore prêt pour l'intervention. Si l'option chirurgicale est retenue, la discussion porte sur le type d'intervention chirurgicale. La décision dépend de l'âge du patient, des pathologies associées, de son Indice de masse corporelle, de son mode de vie, de son souhait...

Un régime pré-opératoire est indispensable. Il dure au minimum 4 semaines et a pour but de faire diminuer significativement le volume du foie. Ceci permet une intervention dans de meilleures conditions de sécurité.

Pendant l'hospitalisation, vous séjournerez dans une chambre individuelle. Vous êtes admis la veille de l'intervention. L'acte chirurgical est effectué par cœlioscopie, au sein d'un plateau technique répondant aux dernières normes. Au cours de cette hospitalisation, une réalimentation progressive est réalisée parallèlement à une surveillance postopératoire.

Les complications peuvent être d'ordre médical (phlébite ou embolie pulmonaire) ou chirurgical (saignement, fuite responsable d'une péritonite), pouvant reconduire le cas échéant à une re-intervention en urgence. La sortie a lieu entre le 3ème et le 6ème jour après l'intervention, en l'absence de complication. Des consignes sont données en cas de problème survenant à domicile.

Après l'intervention chirurgicale, le patient reste dans le réseau. Un suivi régulier est organisé, avec des consultations de contrôle effectuées à 1 mois, puis tous les 3 mois les deux premières années. Ce suivi est indispensable à la consolidation des bonnes habitudes alimentaires et au dépistage des carences.

Concernant le désir de grossesse : il est fortement déconseillé à une jeune femme d'envisager une grossesse dans les 18 mois qui suivent une intervention chirurgicale bariatrique. Ce délai a pour but de stabiliser la perte pondérale et de compenser d'éventuelles carences. Une attention toute particulière est portée sur le mode de contraception en fonction de la technique chirurgicale (implant ou stérilet sont recommandés).

Deux ans après la chirurgie bariatrique, une fois la perte pondérale stabilisée, le recours à une chirurgie reconstructrice esthétique peut être demandé pour traiter les excédents séquentiels cutanés (dermolipectomie abdominale ou abdominoplastie...).

PERIODE DE REFLEXION

Cette démarche n'a aucun caractère d'urgence, vous devez donc prendre le temps de peser le bénéfice attendu et les risques inhérents à un acte chirurgical. La période de réflexion avant la deuxième consultation vous permet de discuter avec votre entourage de votre projet, de connaître leur adhésion. Vous pourrez également préparer toutes les questions que vous vous posez. Toute l'équipe est à votre disposition pour y répondre, à n'importe quel moment de votre prise en charge.