

CHC.be

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

CITEP

Centre interdisciplinaire de traitement
de l'excès pondéral



CHC Clinique CHC
HEUSY

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	4
La chirurgie bariatrique	4
Les interventions de chirurgie bariatrique	4
2. Notre équipe interdisciplinaire	7
3. Bilan pluridisciplinaire	8
La gastroscopie	8
L'échographie abdominale	9
La polysomnographie	9
La radiographie OED	10
4. Avant l'intervention	10
La 2 ^e consultation chez le chirurgien	10
La consultation chez l'anesthésiste	11
Rencontre avec l'anesthésiste	11



L'excès pondéral, et plus spécifiquement l'obésité, est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire sur le long terme.



Elle peut entraîner de nombreux problèmes de santé secondaires : hypertension artérielle, diabète, troubles respiratoires, maladies cardiovasculaires, surcharges articulaires, troubles du comportement, isolement social...

L'excès pondéral reste un problème complexe à traiter. L'alimentation n'est pas le seul facteur responsable; un problème caché, une maladie, une prédisposition héréditaire ou sociale peuvent être à l'origine du trouble du comportement alimentaire, d'où l'utilité d'une prise en charge par différents spécialistes.

Le **CITEP** vous propose une prise en charge personnalisée par une équipe formée pour vous aider et bien décidée à vous motiver et à vous soutenir dans vos efforts en vue d'un amaigrissement durable.

La définition de la surcharge pondérale et de l'obésité repose sur un rapport entre le poids et la taille. L'indice le plus utilisé est l'IMC (indice de masse corporelle).

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

(exemple : IMC d'une personne de 100 kg et 1,80 m = $100/1,8^2 = 30,86$)

Interprétation de l'IMC (d'après l'OMS)	
20-25	poids idéal
25-30	surpoids
30-35	obésité modérée
35-40	obésité sévère
> 40	obésité morbide ou massive

1. INTRODUCTION

La chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique (la bariatrie est la branche de la médecine qui soigne les personnes obèses) est réservée aux patients :

- ayant un IMC (index de masse corporelle) supérieur ou égal à 40 kg/m²
- ayant un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m² associé à une maladie comme le diabète, à une hypertension artérielle sévère résistante ou à des troubles respiratoires comme les apnées du sommeil
- ayant un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m² et ayant déjà subi une intervention bariatrique mais sans succès



Il existe plusieurs types d'interventions chirurgicales classables en deux catégories :

- les techniques restrictives (sleeve), visant à réduire la taille de l'estomac, et de ce fait la quantité de nourriture ingérée
- les techniques mixtes (bypass), restrictives et malabsorptives, visant à diminuer la taille de l'estomac mais aussi l'assimilation des aliments en court-circuitant une partie du petit intestin (intestin grêle).

Il faut être conscient que ces interventions bouleversent la vie du patient. Les patients obèses devront adopter de nouvelles habitudes alimentaires et augmenter leur activité physique. C'est pourquoi notre équipe pluridisciplinaire les suivra sur le long terme. Ils bénéficieront ainsi d'une amélioration de leur qualité de vie, d'une plus grande mobilité et connaîtront des résultats durables et bénéfiques pour leur santé.

C'est dans la bouche grâce à la salive que commence la digestion. L'estomac est un réservoir dans lequel se trouvent les aliments « coupés » en petits morceaux par les enzymes gastriques. C'est un des premiers organes de la digestion.

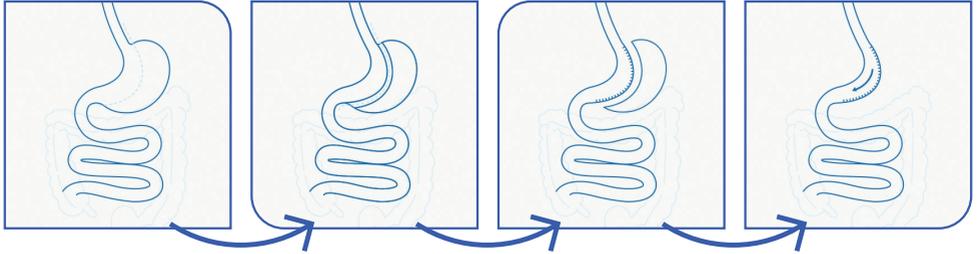
Les contractions musculaires associées au suc gastrique réduisent le bol alimentaire en bouillie puis l'expulsent, en petits jets, vers le duodénum et l'intestin grêle.

L'estomac transforme les « aliments » en « nutriments » prêts à être absorbés au niveau de l'intestin grêle c'est à dire à passer dans le sang pour être distribués à l'organisme.

Les interventions de chirurgie bariatrique

- LA SLEEVE GASTRECTOMIE (OU MASSON PROCÉDURE)

La sleeve gastrectomie est une intervention chirurgicale destinée à perdre du poids.



Environ 3/4 de l'estomac est réséqué à l'aide d'agrafage pour confectionner un estomac résiduel ayant environ la taille et la forme d'une banane. **Le trajet alimentaire par contre n'est pas modifié.**

L'appétit et **les quantités d'aliment ingérés sont fortement diminués** après une sleeve ce qui permet une perte de poids significative. Dès lors, elle entraîne aussi une très bonne amélioration des co-morbidités comme l'hypertension artérielle ou le diabète. Un des inconvénients est un risque augmenté de reflux gastro-oesophagien.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO)

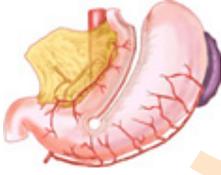
Le syndrome de reflux gastro-œsophagien (**RGO**) est une maladie chronique. Les symptômes peuvent être quotidiens ou intermittents en fonction de l'alimentation et des activités. Le contenu gastrique acide passe la jonction gastro-œsophagienne (cardia) et remonte le long de l'œsophage, parfois jusqu'à la bouche.

COMPLICATIONS TARDIVES DE LA SLEEVE

- **Fuites, ulcères, sténoses ou saignements**
- **Une dilatation ultérieure est également possible**

A noter que les déficits vitaminiques et protéiques sont peu importants après sleeve comparativement au bypass.

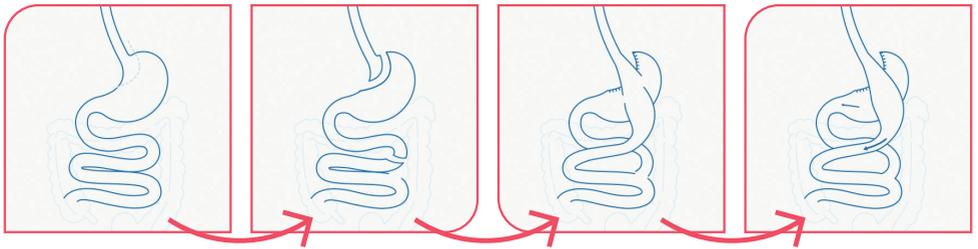
UNE VARIANTE : LA SLEEVE RÉVERSIBLE (MAGENSTRASSE ET MILL)



La Sleeve réversible consiste à transformer une partie de l'estomac en un tube de calibre réduit comme la sleeve «classique». Elle permet de conserver l'entièreté de l'estomac et donc de garder un caractère théoriquement réversible. Ce qui est intéressant surtout c'est la préservation du grand estomac qui maintient la sécrétion des différents facteurs ainsi que de l'acidité gastrique et dès lors une absorption inchangée des vitamines, minéraux, et médicaments.

Les complications opératoires sont similaires à celles de la sleeve gastrectomie.

- LE BYPASS



Le bypass gastro-jéjunal est une intervention chirurgicale destinée à perdre du poids.

L'estomac est sectionné en deux à l'aide d'agrafes et la plus petite poche gastrique est connectée à l'intestin grêle à l'aide de deux sutures.

Il y a donc une modification du trajet alimentaire avec un véritable raccourci du petit estomac vers l'intestin grêle.

L'intervention permet de diminuer fortement les quantités d'aliments ingérés ainsi que leur absorption.

Le bypass entraîne aussi une excellente amélioration du reflux gastro-oesophagien et des co-morbidités comme l'hypertension artérielle ou le diabète

Les déficits vitaminiques et protéiques sont par contre plus importants après bypass et nécessitent une supplémentation prolongée voire à vie.

EFFETS SECONDAIRES DU BYPASS :

- Une **malabsorption** (les aliments sont moins digérés) :
Pour éviter des carences dues à la malabsorption, une supplémentation en vitamines et minéraux est recommandée à vie.
- Un **dumping syndrome (syndrome de chasse)** : L'ingestion d'aliments très sucrés en quantité importante entraîne une sensation de malaise général et une accélération du pouls avec des poussées de chaleur. Il est recommandé de prendre trois petits repas et de ne pas boire pendant les repas. Le dumping syndrome sera donc contrôlé par une alimentation pauvre en sucres.
Il faut également vérifier sa tolérance au lait et aux produits laitiers.
- L'**inaccessibilité de l'estomac** exclu pour des contrôles endoscopiques.

2. NOTRE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

L'**infirmière coordinatrice** est votre première interlocutrice pour toutes les questions relatives à votre prise en charge.

Elle est la personne de contact entre vous et les différents intervenants, y compris votre médecin traitant et les assurances maladies.

L'**endocrinologue** analyse les causes et conséquences de l'excès de poids. Il propose, au besoin, des traitements médicamenteux et accompagne les patients ayant suivi un traitement chirurgical.

Le **service de gastroentérologie** cherche une éventuelle pathologie oeso-gastrique préexistante avant le recours à la chirurgie.



Le **chirurgien** propose plusieurs types de traitement de l'obésité morbide : anneau gastrique ajustable, bypass gastrique, sleeve gastrectomie...

Il envisage avec vous la chirurgie la mieux adaptée à votre situation.



La **diététicienne** assure un suivi et un soutien indispensables pour obtenir un succès stable dans le temps.

Notre équipe comprend également des spécialistes qui, au-delà du traitement de l'excès pondéral, vous accompagnent sur le chemin du bien-être :

psychologue, psychiatre, sexologue, sophrologue, esthéticienne.

Ils travaillent avec vous sur les aspects psychosociaux du problème de poids (troubles alimentaires compulsifs ou compensatoires, image de soi, problèmes relationnels...).

Enfin, le **service de médecine physique** vous conseille un programme de remise en forme physique visant à rééquilibrer apports (aliments) et dépenses énergétiques.

Pour connaître la composition de l'équipe, consultez le site www.chc.be.

3. BILAN PLURIDISCIPLINAIRE

Suite au premier contact avec le chirurgien, un bilan pluridisciplinaire vous sera proposé, comprenant un avis diététique, psychologique, endocrinien ainsi qu'une échographie abdominale, une gastroscopie et un OED. L'endocrinologue se chargera du bilan sanguin avec, au besoin, une HGPO, une polysomnographie et mise au point de la thyroïde.

La gastroscopie



La gastroscopie est un examen endoscopique qui permet l'exploration de l'oesophage et de l'estomac à l'aide d'une caméra introduite par la bouche. L'examen indolore, s'effectue sous anesthésie légère. Il impose donc d'être à jeun 6h avant l'examen et d'être accompagné pour votre retour au domicile.

À quoi sert la gastroscopie ?

- ~ A exclure un ulcère de l'estomac. S'il est mis en évidence, il pourra être traité avant l'intervention.
- ~ A réaliser des biopsies à la recherche d'une bactérie appelée Helicobacter Pylori. Elle peut entraîner une gastrite, qui favorise la formation d'ulcère.

Si elle est présente, son éradication sera assurée à l'aide d'une association d'antibiotiques.

Sa disparition sera ensuite confirmée 6 semaines plus tard par un test respiratoire à l'urée.

~ La présence d'une volumineuse hernie hiatale qui est le passage d'une partie de l'estomac vers le thorax ou d'un reflux gastro-oesophagien avec oesophagite importante pourrait orienter le choix du type d'intervention chirurgicale plutôt vers un bypass.

L'échographie abdominale



L'échographie abdominale est un examen radiologique indolore qui permet l'étude des organes pleins de la cavité abdominale (foie, vésicule, pancréas, reins) à l'aide d'une sonde émettant un faisceau ultrasonore.

À quoi sert l'échographie ?

- ~ Elle peut mettre en évidence un foie fort gros (hépatomégalie), ou fort gras (stéatose). Dans ce cas, un régime hyperprotéiné sera effectué avant l'intervention pour en diminuer la taille et l'infiltration grasseuse. En effet, un foie gros et gras saigne plus facilement et peut rendre l'intervention difficile pour votre chirurgien.
- ~ En cas de pierres (lithiases) dans la vésicule biliaire, celle-ci sera ôtée durant l'intervention = cholécystectomie.

La polysomnographie



La polysomnographie est l'enregistrement de paramètres cardiorespiratoires et neurologiques lors de votre sommeil.

À quoi sert la polysomnographie ?

L'examen sert à détecter et à identifier des troubles du sommeil d'origine neurologique et/ou respiratoire.



La radiographie OED

La radio OED permet d'explorer l'oesophage, l'estomac et le duodénum. Un produit de contraste à base de baryte est administré pour faciliter la lecture des clichés. Avant de procéder à l'examen, le radiologue injecte par voie intraveineuse un produit destiné à relâcher les organes. Pendant l'examen, vous devez avaler une poudre effervescente et un verre de baryte épaisse. Le radiologue prend une série de douze clichés. L'examen dure en moyenne 3 minutes.

Attention



- cet examen utilise les rayons X. Il est contre-indiqué en cas de grossesse
- présentez au médecin vos anciens clichés (si disponibles)

Préparation

Vous devez être à jeun depuis la veille à 22h

4. AVANT L'INTERVENTION

La 2^e consultation chez le chirurgien

Le chirurgien vous expliquera :

- ~ la raison de l'intervention
- ~ le déroulement de l'intervention
- ~ la durée probable de l'hospitalisation



Après votre passage chez le chirurgien, vous serez reçu(e) en consultation chez l'anesthésiste. La date et l'heure du rendez-vous vous seront communiquées par téléphone par le service de planification des séjours hospitaliers (PSH) dès que la date de l'opération aura été fixée. Un carnet préopératoire vous sera remis.

Si vous êtes suivi(e) par un cardiologue, nous vous conseillons vivement de prendre contact avec lui afin d'avoir son avis.

La consultation chez l'anesthésiste

Rencontre avec l'infirmier.e de préhospitalisation

L'infirmier.e vous informera :

- ~ sur la préparation pour votre intervention
- ~ sur le nécessaire à apporter pour l'hospitalisation



Il répondra à vos questions et vous conseillera si nécessaire de rencontrer le service social afin de vous aider au mieux à préparer votre sortie de l'hôpital.

Rencontre avec l'anesthésiste

L'anesthésiste discutera avec vous :

- ~ du choix de l'anesthésie
- ~ de la prise en charge de la douleur



Il consultera les différents rapports et examens déjà effectués.



Si vous êtes en possession de résultats d'examens, n'oubliez pas de les emporter.

L'anesthésiste vous signalera les médicaments que vous devez arrêter avant l'intervention et ceux que vous pouvez continuer.



NOUS PRENONS SOIN DE VOUS

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Toutes les consultations
sur rendez-vous :
087 21 33 99

Prrière de vous munir de votre carte
d'identité, votre carte d'assurance
complémentaire et tout autre docu-
ment pouvant compléter votre dossier.

Tout rendez-vous non annulé est
automatiquement facturé.

CITEP
Clinique CHC Heusy
Rue de Naimeux 17
B-4802 Heusy (Verviers)

087 21 33 99

CONTACTS UTILES

Infirmière coordinatrice CITEP	Gerlanda Lorenzano	087 21 36 43
Chirurgien.es	Dr L. Klein Dr M. Schleck	087 21 37 02
Endocrinologue	Dr M. Lethiexe	
Diététiciennes	Nicole Labeye Virginie Detrembleur	087 21 34 55
	Jessica Reul	
Psychologue	Joan Drouven	087 21 37 00
Kinésithérapeute	Ruben Jamsin	