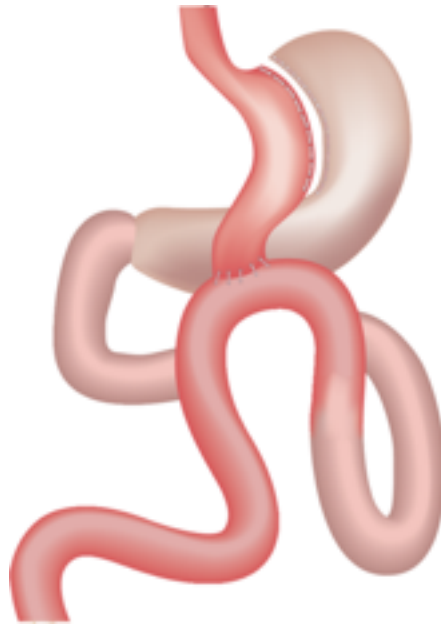


COURT CIRCUIT GASTRIQUE : BYPASS GASTRIQUE EN Y

Principe



Le Gastric-By-Pass Anse en Y est une des interventions de chirurgie de l'obésité. Elle consiste à créer chirurgicalement un estomac de petite taille qui se déverse directement dans l'intestin grêle (petit intestin ou jéjunum) par l'intermédiaire d'un montage antireflux. Cela permet, à la fois, de diminuer la quantité d'aliments avalés et leur absorption par le corps. C'est une modification anatomique à vocation définitive même si elle peut être réversible. Cette opération est réalisée depuis plus de 50 ans. Elle est donc bien connue dans ses effets et ses complications possibles.

Pourquoi faire cette intervention ?

Vous souffrez d'un surpoids important ? Un traitement chirurgical de l'obésité peut vous être utile.

La première condition est que votre **index de masse corporelle (IMC)** soit supérieur à 40 ou se situe entre 35 et 40 associé à une complication médicale liée à votre poids (diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil sévère, arthrose de hanche ou de genou, maladies métaboliques).

La seconde condition est que vous acceptiez au cours d'une **préparation prolongée** de changer vos habitudes alimentaires pour les adapter à votre intervention future. Ceci est une condition indispensable pour obtenir un bon résultat à long terme et se fera au cours d'un bilan préopératoire très complet durant plusieurs mois (6 à 12 mois).

Vous aurez ainsi le temps de réfléchir à votre décision, de vous renseigner sur les autres interventions et de préparer les questions que vous souhaitez poser à votre chirurgien ou à son équipe lors de la prochaine consultation. Il n'y a pas d'urgence à réaliser une chirurgie de l'obésité.

On calcule l'IMC en divisant son poids (en kilos) par sa taille au carré (en mètres).

L'intervention chirurgicale

Vous arrivez dans l'établissement hospitalier la veille ou le matin de l'intervention. Celle-ci dure en général entre 1 à 2h, selon votre poids ou l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen. L'anesthésie se prolonge une heure de plus pour permettre l'installation et la désinstallation sur la table d'opération.

Le Gastric-By-Pass est toujours fait sous **anesthésie générale** et le plus souvent en **coelioscopie**. On parle aussi de chirurgie mini-invasive ou de laparoscopie. Exceptionnellement, l'opération est faite par une incision classique (laparotomie) qui peut être décidée avant l'opération ou pendant l'intervention quand des difficultés particulières apparaissent comme un saignement difficile à contrôler.

La pratique de la chirurgie par coelioscopie peut entraîner par elle-même des complications très exceptionnelles mais qui peuvent être graves (perforation intestinale, hémorragie de la paroi ou d'organes abdominaux). Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et nécessiter de réopérer quelques jours plus tard.

Cette intervention nécessite un **accord de la Sécurité Sociale** sous la forme d'une demande d'entente préalable qui sera rédigée par votre chirurgien. Vous devez ensuite l'adresser en recommandé à votre caisse qui a 15 jours pour répondre et éventuellement vous convoquer. Passé ce délai, l'absence de réponse signifie que vous avez obtenu l'accord demandé.

Les complications

Comme dans toute intervention chirurgicale, il existe des risques lors de la réalisation d'un Gastric-By-Pass y compris sur le plan vital (mortalité : 0.2%).

Les complications précoces :

- Il existe un risque de fuite sur les sutures entre l'estomac et l'intestin. C'est ce que l'on appelle une **fistule** (3%). Cela peut provoquer un abcès, voire une péritonite. C'est donc une **complication grave** qui nécessite une prise en charge médicale (fibroscopie interventionnelle et/ou ponction sous contrôle radio) et parfois une **ré-opération** pour lavage et drainage de la fistule, une **hospitalisation prolongée** pouvant durer plusieurs semaines et la mise en place d'une alimentation artificielle. Cette complication survient généralement dans les premiers jours. Une reprise opératoire à distance est parfois nécessaire.
- Il existe aussi un risque de **saignement** (1 à 2%) qui justifie une surveillance étroite dans les premiers jours. S'il est parfois utile de vous transfuser des globules rouges en cas d'anémie, le saignement ne nécessite qu'exceptionnellement une ré-intervention.
- Le risque de **phlébite** (caillot dans les veines) et **d'embolie pulmonaire** existe toujours même s'il est rare (<1%). C'est pourquoi on vous demandera de vous mobiliser dès le lendemain, de porter des bas de contention et d'avoir, après l'opération, des piqûres pour fluidifier le sang.

Les complications tardives :

- **Les vomissements** qui sont plutôt des rejets d'aliments ou de crachats peuvent être dus à une erreur de comportement alimentaire mais aussi à un problème chirurgical. Ils doivent être signalés dans les plus brefs délais à l'équipe soignante. **La prise de vitamines ne doit JAMAIS être arrêtée** pendant cette période sous peine de complications graves.
- La réalisation d'un Gastric-By-Pass entraîne une **malabsorption de plusieurs vitamines** nécessitant de prendre des **compléments vitaminiques tous les jours et à VIE**. Il est impératif de contrôler l'absence de carence vitaminique 1 à 2 fois par an dans le cadre du suivi nutritionnel.
- **L'ulcère anastomotique** (c'est-à-dire sur la suture entre l'estomac et l'intestin) se manifeste par des douleurs abdominales et parfois des vomissements de sang. Il est favorisé par le **tabac** ou la **prise d'anti-inflammatoires ou d'aspirine SANS traitement antiacide associé**. Le diagnostic est confirmé par fibroscopie. Le traitement est habituellement médical mais peut être aussi chirurgical en cas de perforation, d'hémorragie ou de sténose.

- **Le dumping syndrome** : C'est une sorte de malaise très désagréable (palpitations, nausées, maux de tête, diarrhée) survenant après consommation d'aliments trop riches (en alcool ou en sucre surtout) ou trop rapidement absorbés. Il guérit spontanément en quelques minutes. Il est le signe que le comportement alimentaire n'est pas adapté.
- **Les flatulences**, relativement limitées et variables en fonction des individus doivent être signalées si elles deviennent socialement gênantes.
- **La diarrhée ou la constipation sévère**, touchent moins d'un patient sur 10. Elles sont souvent en rapport avec la consommation de graisses et peuvent nécessiter un traitement ou un régime adapté.
- **Les douleurs chroniques de l'abdomen** sont possibles et parfois sans cause évidente. Elles nécessitent fréquemment des examens pour s'assurer de l'absence de problème sur le montage chirurgical. Le risque de hernie interne (conséquence du court-circuit intestinal et de l'amaigrissement important) est toujours possible et peut nécessiter une nouvelle anesthésie pour aller vérifier le montage généralement sous cœlioscopie.
- Les risques **d'occlusion intestinale aiguë** sont exceptionnels (moins de 1%) dans les premiers jours qui suivent la réalisation d'un Gastric-By-Pass mais nécessitent le plus souvent une ré-intervention précoce. Les signes d'occlusion sont la douleur abdominale et les ballonnements au niveau de la région opérée, le fait de ne pas avoir envie de manger et parfois la fièvre.
- L'apparition de **calculs dans la vésicule biliaire** est possible dans les suites d'un amaigrissement important. En cas de douleur ou de fièvre, une opération de la vésicule biliaire par cœlioscopie est parfois nécessaire. Cette complication est prévenue par la prise de médicaments (Cholurso, Delursan) pendant plusieurs mois.

Après l'intervention chirurgicale

Après l'opération, une surveillance attentive est très importante car la grande majorité des complications survient pendant les premiers jours postopératoires. Les tuyaux qui auront pu être mis en place pendant l'intervention (sonde dans la vessie ou l'estomac, drain de l'abdomen, perfusion) vous seront retirés dans les jours suivants et vous pourrez reprendre progressivement votre alimentation.

La durée d'hospitalisation varie entre 1 et 6 jours, en France selon les équipes et en l'absence de doute sur une complication.

Pour votre confort et votre confiance, il est important de bien **suivre les conseils alimentaires** donnés par le chirurgien, la diététicienne et les infirmières. En général, la reprise des aliments commence par des repas mixés pendant plusieurs semaines puis solides. Il faut manger calmement, lentement, ne pas boire pendant les repas et bien mâcher lors de la reprise des aliments solides. Un programme ou des conseils d'alimentation vous seront remis. Un accompagnement psychologique est également souvent utile.

Vous devez vous engager à revoir votre chirurgien et votre nutritionniste pour un **suivi à long terme**. La perte de poids importante des 3 premiers mois entraîne une fatigue importante car elle concerne aussi les muscles. La pratique d'une **activité physique** est donc conseillée et doit commencer progressivement le plus tôt possible après l'intervention (environ 1 mois

après). C'est elle qui permet de reconstituer le muscle, ce qui réduira votre fatigue. Ces nouvelles règles de vie limiteront également le risque de reprise de poids. Après chirurgie de l'obésité, ce risque débute souvent 2 à 3 ans après votre intervention.

Après votre retour à la maison, si certains signes apparaissent, vous devez appeler votre chirurgien ou le centre de chirurgie de l'obésité rapidement sans attendre : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, saignements par l'anus ou vomissements répétés, douleurs des épaules en particulier à gauche, car ces symptômes peuvent traduire la survenue d'une complication.

La grossesse est très déconseillée pendant 1 an et demi après l'opération. Une contraception efficace est donc impérative pendant cette période. Dans tous les cas, vous devez prendre rendez-vous avec la nutritionniste ou votre centre de chirurgie de l'obésité dès le début de votre grossesse.

Résultats attendus

Le bénéfice attendu de l'opération est que vous perdiez une grande partie de votre excès de poids sans le reprendre à long terme. C'est aussi de diminuer, voire supprimer les maladies associées comme l'hypertension artérielle, le diabète, l'apnée du sommeil ou les douleurs articulaires.

La perte moyenne d'excès de poids à attendre avec cette intervention, est de 65 % à 5 ans (l'excès de poids correspond au nombre de kilos que vous avez en trop par rapport à votre poids idéal attendu, calculé sur la base d'un IMC entre 23 et 25). La perte de poids obtenue est ainsi de 35 à 45 kg en moyenne.

EN RESUME

Le Gastric-By-Pass est une opération chirurgicale qui permet de réduire la quantité d'aliments avalés ainsi que leur absorption par le corps. Réalisée le plus souvent sous contrôle vidéo, en chirurgie mini-invasive, cette intervention a fait ses preuves depuis longtemps et permet d'obtenir une perte de poids importante chez les patients souffrant d'une obésité morbide. Elle doit être mûrement réfléchi et un suivi rigoureux permet d'éviter les complications et d'améliorer son efficacité.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y-a-t-il d'autres solutions chirurgicales et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

Différences entre Bypass en Y et Bypass en Oméga

(Schéma)

Le bypass en Y comporte deux sutures : une suture entre le petit réservoir gastrique et l'intestin et une deuxième suture entre l'anse intestinale recevant les aliments et l'anse biliaire.

Le bypass en oméga ne comporte qu'une seule suture entre le réservoir gastrique et l'intestin. Il a l'avantage de donner moins de complications postopératoires que le bypass en Y. En revanche un reflux bilieux peut survenir dans 1% des cas.

En cas d'urgence, je peux appeler mon chirurgien ou le centre de chirurgie de l'obésité le plus proche.

Source : SOFFCO