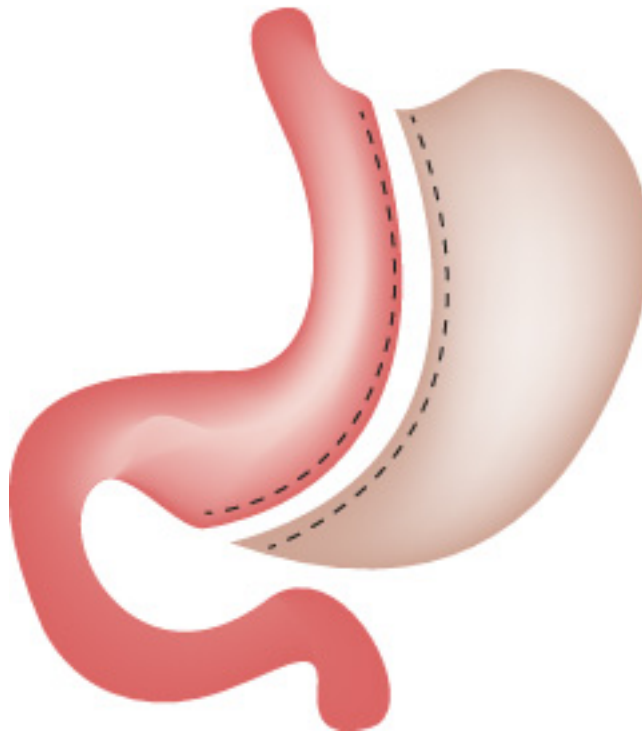


Gastrectomie longitudinale en manchon : SLEEVE gastrectomie

Principe



La sleeve gastrectomie est une des interventions de la chirurgie de l'obésité. Elle consiste à enlever chirurgicalement les 3 quarts de l'estomac pour en faire un tube gastrique de petite taille. Cela permet, à la fois, de diminuer la quantité d'aliments absorbés et la sécrétion d'une hormone favorisant l'appétit (la ghréline). C'est une **modification anatomique définitive et irréversible**. Cette intervention est parfois proposée comme premier temps d'un Gastric-By-Pass ou d'autres interventions moins fréquentes. Son développement remonte à la fin des années 2000. Ce montage impose un suivi médical particulier.

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 lors de la prochaine consultation. Il n'y a jamais 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 environ 1 heure, 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.

La sleeve gastrectomie est toujours faite 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.

Complications

Comme dans toute intervention chirurgicale, il existe des risques lors de la réalisation d'une sleeve gastrectomie, y compris sur le plan vital (mortalité : 0.1%).

Les complications précoces :

- Il existe un risque de fuite sur les sutures au niveau de l'estomac. C'est ce que l'on appelle une **fistule** (1 à 2%). Cela peut provoquer un abcès, voire une péritonite. C'est donc une **complication grave** qui peut nécessiter une prise en charge médicale (fibroscopie interventionnelle et/ou ponction sous contrôle radio) ou 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 ou des manœuvres par voie fibroscopique sont parfois nécessaires.
- 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 :

- Le **reflux acide** de l'estomac dans l'œsophage (30 à 40 % des cas) se manifeste par des sensations de brûlures qui remontent dans la poitrine et parfois dans la gorge et qui sont dans certains cas accompagnées de régurgitations d'aliments. Bien souvent un traitement médical est suffisant pour le contrôler, mais impose une fibroscopie de contrôle. Si le traitement médical n'est pas efficace, il est alors parfois nécessaire de transformer le montage en Gastric By Pass lors d'une seconde intervention. Ce reflux acide pendant plusieurs années peut entraîner des **complications graves** sur l'œsophage (œsophagite, dysplasie, rétrécissement œsophagien) et doit donc être absolument signalé. C'est pour cela qu'il est recommandé de faire une **fibroscopie de contrôle** 1 an puis 3 ans après l'opération. Il est OBLIGATOIRE de faire une fibroscopie de contrôle 5 ans et 10 ans après l'intervention.
- La réalisation d'une sleeve gastrectomie entraîne une diminution importante de la quantité d'aliments et de vitamines absorbés. Cette situation peut être facilement déséquilibrée par l'apparition de vomissements ou d'infection intestinale. Il est donc indispensable de prendre des compléments vitaminiques **tous les jours la 1ère année** puis à adapter en fonction de l'état général et des dosages biologiques 1 à 2 fois par an dans le cadre du suivi nutritionnel.
- **Les vomissements** ou plutôt les rejets d'aliments ou de salive 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.
- **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.

- **La diarrhée ou la constipation sévère**, touchent moins d'un patient sur 10. Souvent en rapport avec la consommation de graisses et peuvent nécessiter un traitement ou un régime adapté.
- L'apparition de **calculs dans la vésicule biliaire** est possible dans les suites d'un amaigrissement. En cas de douleur ou de fièvre, une opération de la vésicule biliaire par cœlioscopie est parfois nécessaire. Pour prévenir cette complication, il est conseillé de prendre des médicaments (Delursan, Cholurso) pendant les 6 premiers mois.
- Dans les années qui suivent la sleeve gastrectomie, une **dilatation du tube gastrique** peut apparaître et favoriser une reprise de poids. Cette situation est la conséquence d'un comportement alimentaire inadapté et nécessite de reprendre contact avec votre chirurgien ou votre centre de référence rapidement.

Après l'intervention chirurgicale

Après l'opération, une surveillance attentive est très importante car la grande majorité des complications survient pendant les premiers jours qui suivent. 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 rapidement et vous pourrez reprendre progressivement votre alimentation.

La durée d'hospitalisation varie entre 1 et 5 jours, en France selon les équipes et en l'absence de complications.

Pour votre confort et un bon résultat à long terme, 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** selon les consignes qu'ils vous donneront. La perte de poids rapide 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 les muscles ce qui réduira votre fatigue. Ces nouvelles règles de vie limiteront également le risque de reprise de poids.

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 : ballonnement, essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, saignements par l'anus ou nausées 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 de 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 60 % 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 40 kg en moyenne fonction de votre poids de départ et de votre comportement alimentaire.

EN RESUME

La sleeve gastrectomie est une opération chirurgicale qui permet de réduire de façon importante la quantité d'aliments avalés. Réalisée le plus souvent sous contrôle vidéo, en chirurgie mini-invasive, cette intervention permet d'obtenir une perte de poids importante chez les patients souffrant d'une obésité morbide. Elle doit être mûrement réfléchie 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 ?

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

Source : SOFFCO