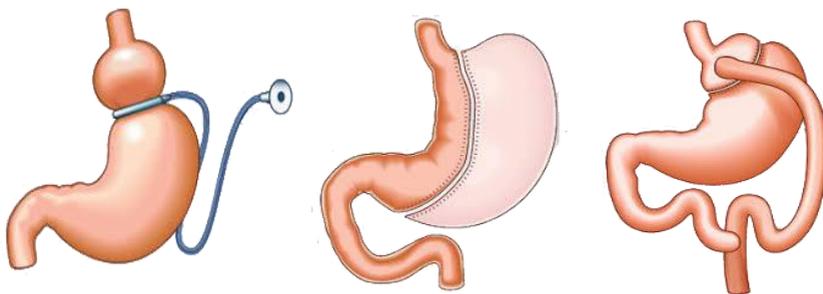


**UNITE MEDICO-CHIRURGICALE
PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE
CH SAINT QUENTIN**



**FICHE INFORMATION PATIENT
PARCOURS BARIATRIQUE**



SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET BARIATRIQUE

- **Dr DRON B.**
- **Dr FADHL H.**

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



PRISE EN CHARGE MEDICO-CHIRURGICALE DE L'OBESITE MORBIDE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

La prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité s'est largement développée au cours des 30 dernières années.

Selon les recommandations françaises et internationales, la chirurgie de l'obésité dite bariatrique est réservée aux patients adultes : ayant un indice de masse corporelle (IMC)

- **Supérieur ou égal à 40 kg/m²**
- **Entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie comme :**
 - **L'hypertension artérielle (HTA)**
 - **Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) avec IAH > 15/h**
 - **Le diabète de type 2**
 - **La maladie ostéo-articulaire invalidante (Lombalgies chroniques, Coxarthrose, Gonarthrose)**
 - **Le syndrome métabolique.**
 - **L'Hypertriglycéridémie > 5g/l**
 - **La Stéatohépatite non alcoolique NASH**
 - **Le Syndrome des Ovaires Poly Kystiques**
 - **Les problèmes de fertilité masculine ou féminine avec projet de PMA**
 - **Une Maladie rénale chronique**
 - **Une cirrhose CHILD A**
 - **Un asthme sévère**
 - **Incontinence urinaire invalidante**
 - **Une Hernie de la paroi**
 - **Une Hypertension intracrânienne idiopathique**

Actuellement, en France, quatre interventions bariatriques sont recommandées dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de l'obésité. Ces interventions chirurgicales peuvent être de nature restrictive pure comme **l'anneau gastrique ajustable (AGA)** et **la sleeve gastrectomie (SG)**, ou bien associée à une composante malabsorptive comme **le bypass gastrique en-Y (BPGY)** et la dérivation bilio-pancréatique avec le switch duodéal (DBP-SD).

L'indication opératoire est posée, après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psycho-thérapeutique bien conduit **pendant 6 à 12 mois**.

La décision doit être prise **lors d'une concertation pluridisciplinaire**.



BENEFICES ATTENDUS

- ***PERTE DE POIDS***

La perte de poids est habituellement exprimée soit en pourcentage de perte de poids total. Les pourcentages moyens de perte d'excès de poids à 2 ans sont de 25 à 30% pour le BPGY, de 20 à 27% pour la SG et de 15 à 20 % pour l'AGA. Au-delà de cette période, les patients connaissent habituellement une légère ascension pondérale.

- **AMELIORATION DES COMORBIDITES**

Diabète de type 2

Plusieurs essais randomisés contrôlés ont montré que la chirurgie bariatrique est plus efficace que le traitement médical tant sur l'amélioration du contrôle glycémique que sur la rémission du diabète de type 2. L'efficacité sur le contrôle glycémique et sa durée varient selon le type d'intervention chirurgicale. Comparées à la Sleeve Gastrectomie, les interventions mal absorbatives comme le Bypass paraissent nettement supérieures avec des taux de rémission oscillant entre 50 et 80 % à 5 ans.

Hypertension artérielle

La chirurgie bariatrique permet de l'améliorer et contrôler la maladie entraînant souvent une diminution des traitements voire la rémission totale.

Le critère retenu pour l'évaluation de la rémission de l'HTA était une pression artérielle (PA) inférieure à 140/90 mmHg, sans traitement. Les taux de rémission après une chirurgie bariatrique sont de 20 - 40 %.

Dyslipidémie

Plusieurs cohortes prospectives rapportent l'évolution du profil lipidique au moins deux ans après chirurgie^(9,10). Les critères d'évaluation retenus sont un cholestérol total inférieur à 200 mg/dl, un *high density lipoprotein* (HDL) > 40 mg/dl,

un *lowdensitylipoprotein* (LDL) < 160 mg/dl et des triglycérides < 200 mg/dl. Les taux de rémission étaient en moyenne de 60 % après BPGY et de 23 % après AGA.

- **Réduction de la mortalité**

Les résultats à long terme montrent une réduction significative de l'incidence des événements cardiovasculaires mortels chez les patients opérés par rapport aux patients traités médicalement.

- **Autres bénéfiques**

D'autres comorbidités sont sensiblement améliorées par la chirurgie bariatrique : par exemple la NASH et le syndrome d'apnées du sommeil. Les études rapportent une amélioration significative de la qualité de vie liée.

EN PRATIQUE

- La chirurgie bariatrique est le traitement de référence de l'obésité sévère après échec du traitement médical bien conduit.
- Son efficacité supérieure au traitement médical est bien documentée, et permet une amélioration des différentes comorbidités liées à l'obésité.
- L'indication chirurgicale et le choix de la procédure sont discutés au cas par cas dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins-nutritionnistes, psychologues, diététiciens et chirurgiens bariatriques.

PARCOURS

Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels (Médecins, Psychologue, Diététiciennes, Infirmières) Qui vont vous accompagner, informer, conseiller, éduquer, écouter, soutenir par le biais de consultations, d'ateliers, d'entretiens tout au long d'un parcours vers une « éventuelle » chirurgie Ce parcours vers la chirurgie nécessite un véritable engagement de votre part, et du temps.

Il sera négocié et ajusté lors des différents ateliers et consultations qui vous seront proposé. Ce parcours est personnalisé et correspond à vos besoins

Votre parcours de préparation étant terminé votre dossier est présenté lors D'une réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) La RCP réunie : médecins, chirurgiens, psychologue, diététiciennes, infirmières qui vous ont accompagnés tout au long du parcours de préparation Après discussion, une décision collégiale est prise et soumise à la sécurité sociale pour la demande de l'entente préalable pour la prise en charge de votre chirurgie Après la RCP Vous êtes tenu au courant de cette décision dans les plus brefs délais quel que soit l'avis.



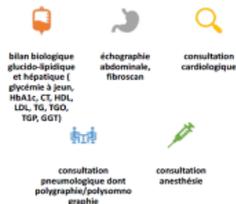
PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

DEPISTER, CONTROLER, TRAITER LES COMORBIDITES



EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- ✓ Chirurgien Bariatrique
- ✓ Endocrinologue/ Médecin Nutritionniste
- ✓ Psychologue / Psychiatre
- ✓ Diététicienne
- ✓ Cardiologie
- ✓ Pneumologie
- ✓ Gastrologie
- ✓ Radiologie
- ✓ Médecin traitant



ETAPES RECOMMANDEES D'UN PARCOURS

1- Consultation initiale avec le chirurgien

Chirurgiens référents : **Dr FADHL / Dr DRON**

Le patient consulte de son propre chef ou adressé par son médecin traitant, un nutritionniste ou un autre spécialiste. Cette première consultation permet de savoir si la chirurgie est indiquée. Le patient sera informé sur les bénéfices risques d'une telle chirurgie ainsi que les principales interventions proposées. Il sera informé sur l'organisation du parcours.

2- Réunion d'information :

La rencontre d'un groupe patient avec le chirurgien et diététicienne pour présenter aux patients le parcours, les techniques chirurgicales, les avantages, les risques et les complications.

3- Consultation avec Médecin Nutritionniste / Endocrinologue :

La consultation avec le nutritionniste permet un examen clinique et biologique complet, pour identifier les causes et les conséquences éventuelles de l'obésité.

Elle met le point sur l'histoire pondérale, le comportement alimentaire et l'activité physique et permet de faire le bilan des complications éventuelles de l'obésité (diabète, hypertension etc.). Elle permet d'évaluer la faisabilité de la chirurgie, conformément aux recommandations.

4- Consultation avec la Diététicienne

Le patient aura 4 à 6 consultations avec la diététicienne. (Consultations / ateliers d'éducation thérapeutiques)

Ce suivi permet :

- Une enquête alimentaire permettra l'analyse du comportement alimentaire, la qualité et la quantité de l'alimentation du patient.
- Savoir repérer des sensations alimentaires (faim/satiété).

- Détecter les comportements inadaptés et les améliorer (grignotages, compulsions).
 - Prendre conscience des contraintes liées à la chirurgie.
 - Réfléchir à l'organisation future des repas.
- Nécessité d'un suivi diététique de six mois minimum avant la chirurgie.

5- Bilan Respiratoire :

Evaluation de l'état respiratoire et recherche de pathologies respiratoires :

- Polygraphie ventilatoire permettant le dépistage des apnées de sommeil et les traiter si fréquents
- Epreuve fonctionnelle respiratoire EFR à la recherche de trouble respiratoire.
- Gaz du sang pour préciser l'état d'oxygénation

6- Consultation Psychologique +/- Psychiatrique

L'entretien psychiatrique permet de déceler les contre-indications psychologiques (décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant par exemple), ainsi que d'éventuels troubles du comportement alimentaire. La consultation permet également de vous préparer aux suites de l'intervention car cette chirurgie va avoir un impact sur votre vie personnelle (familiale, sociale, professionnelle...). Une prise en charge psychologique de plusieurs mois peut vous être proposée avant l'intervention, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Nécessité d'un suivi psychologique de six mois minimum avant la chirurgie.

7- Bilan Digestif

- Fibroscopie Oeso-Gastroduodénale, parfois couplée à une coloscopie en fonction de l'âge et des antécédents personnels et familiaux.
- Dépistage d'une infection gastrique par les biopsies. Si positif, Eradication de HP suivie d'un contrôle de disparition.

8- Bilan Cardiologique :

- Echographie Cardiaque
- Electrocardiogramme
- En fonction du contexte d'autres explorations peuvent être indiquées par les cardiologues : Epreuve d'effort, Coro scanner, scintigraphie myocardique , Echo-doppler des TSA

9- Bilan Radiologique

- Echographie abdominale à la recherche de stéatose hépatique et la présence de calculs vésiculaires
- Transit-Oeso-Gastro-Duodéal : recherche de reflux gastro-oesophagien et de hernie hiatale.

10- Consultation Stomatologie / Dentiste : (en ville)

Cette consultation permet de vérifier le coefficient de mastication et traiter les foyers infectieux ou les caries avant l'intervention.

11- Consultation Gynécologie :

Destinées aux femmes en âge de procréation afin d'assurer une contraception efficace avant l'intervention et dans les mois qui suivent.

ORGANISATION PARCOURS CHIRURGIE BARIATRIQUE

A la suite de la première consultation avec le chirurgien

- Vous aurez les documents (8 ordonnances) pour la réalisation des différentes explorations et consultations, vous pouvez prendre les différents rendez-vous par vos moyens auprès des spécialistes à l'hôpital, en ville ou votre médecin spécialiste si vous êtes déjà suivi. Ces explorations sont à réaliser durant les 6 mois du parcours. L'objectif est de joindre les différents courriers à votre dossier avant la date de la RCP.
- Vous serez inscrit à une consultation de groupe réalisée à l'unité de prévention et d'éducation thérapeutique au site Cordier (ci-dessous les coordonnées) qui consiste à une rencontre d'un groupe patient avec le chirurgien et diététicienne et la psychologue pour échanger sur la prise en charge et présenter au patients le parcours, les techniques chirurgicales, les avantages, les risques et les complications.
- A la fin de cette consultation vous recevez les rendez-vous des consultations avec le médecin endocrinologue, la diététicienne, la psychologue

PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

A la fin de votre parcours le dossier sera discuter à la RCP et vous serez convoqué pour une consultation avec le chirurgien à l'hôpital de Saint Quentin, pour organiser la date de l'intervention.

HOSPITALISATION et INTERVENTION HOPITAL SAINT QUENTIN

- Hospitalisation le matin de l'intervention
- Sortie le lendemain (Ambulatoire / Prestataire)
- Sortie J2 – J3
- Reprise progressive de l'alimentation
 - Eau le soir de l'intervention
 - Protocole bariatrique:
 - Consultation Diététicienne au lit du patient
 - Régime liquide
- Ordonnance de sortie :
 - TTT antalgique
 - Complément alimentaire
 - Traitement de fond adapté

CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- Arrêt des boissons gazeuses et boissons à table
- Bien mâcher et prendre 20 minutes pour manger
- Diminuer les quantités de chaque repas
- Fractionner les repas : 4 à 6 prises alimentaires par jour
- Prise de compléments vitaminiques spécifiques recommandée à vie



TECHNIQUES CHIRURGICALES

- **TECHNIQUES RESTRICTIVES**

ANNEAU GASTRIQUE AJUSTABLE (AGA) : effet restrictif pur

L'AGA est une technique restrictive, réversible et adaptable. Elle permet d'obtenir la satiété avec peu d'aliments. Comme toutes les interventions bariatriques, l'AGA est posé par voie laparoscopique dans un tunnel rétrogastrique puis verrouillé autour de l'estomac de façon à le diviser en deux : la partie supérieure de faible volume (20 ml) et la partie inférieure. L'AGA est souvent fixé à l'aide d'une valve gastrogastrique pour éviter son glissement. Un cathéter relie l'AGA à un boîtier positionné dans une logette sous-cutanée et qui est ponctionné pour y injecter de l'eau pour préparation injectable afin d'ajuster la restriction. Cette technique est de moins en moins réalisée en raison d'une efficacité moindre par rapport aux autres techniques.

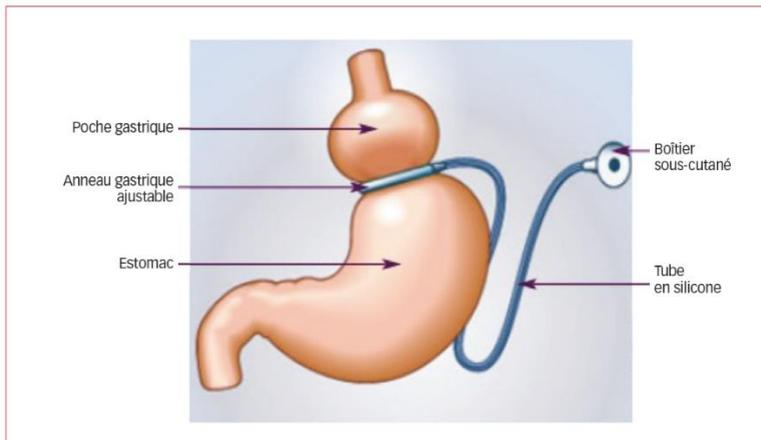


Figure 1. Anneau gastrique ajustable.

SLEEVE GASTRECTOMIE (SG): effet restrictif et hormonal

La SG est actuellement l'intervention la plus fréquemment pratiquée en France (entre 25 000 et 30 000 par an) et dans le monde. Il s'agit d'une gastrectomie qui emporte les deux tiers de l'estomac par agrafage/section. Cette intervention a un rôle restrictif en diminuant le volume du bol alimentaire ingéré. La SG a également un rôle dans la modification de multiples sécrétions d'hormones qui pourraient contribuer à la perte de poids chez les patients opérés. En effet, la Ghréline, une hormone Orexigène, est sécrétée principalement dans le fundus gastrique, lequel est réséqué lors de la SG, favorisant ainsi une diminution du taux sérique de la Ghréline et donc la baisse de l'appétit.

La mortalité et la morbidité de la SG sont faibles : 0,1 % et 2-3 % respectivement. La principale complication postopératoire est la fistule sur la partie haute de la ligne d'agrafage gastrique (1-2 % des patients). En supprimant les facteurs anatomiques de continence cardiale, la SG pourrait favoriser l'apparition d'un reflux gastro-oesophagien (RGO). L'attitude habituelle est d'éviter la SG en cas de RGO authentifié par la pHmétrie. Les recommandations actuelles exigent un suivi endoscopique régulier et à long terme.

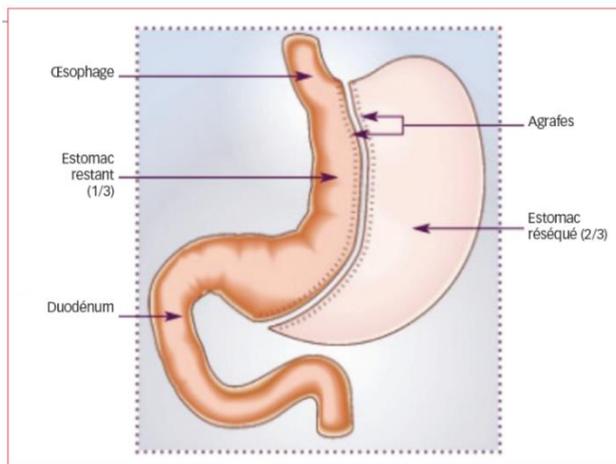


Figure 2. Sleeve gastrectomie.

• TECHNIQUES MALABSORPTIVES

BYPASS GASTRIQUE EN-Y (BPGY)

Le BPGY est une technique permettant de réaliser un montage restrictif et malabsorptif. Le BPGY est considéré comme l'intervention de référence en chirurgie bariatrique. La procédure comprend un premier temps consistant en la réalisation d'une poche gastrique de petite taille. La confection de cette poche gastrique confère au montage un effet restrictif diminuant le volume des aliments ingérés. Lors du deuxième temps est confectionné un montage en Y qui lui confère un effet malabsorptif, comprenant une anse de 70 cm dite « biliaire », laquelle draine les sécrétions bilio-pancréatiques, et une anse de 150cm dite « alimentaire » par laquelle transite le bol alimentaire. L'absorption se fait dans l'anse dite « commune » lorsque les sécrétions bilio-pancréatiques rencontrent le bol alimentaire au niveau de l'anastomose au pied de l'anse.

La réalisation de cette chirurgie nécessite une courte hospitalisation et la reprise alimentaire peut s'effectuer rapidement après l'intervention. Les taux de mortalité et de morbidité sont similaires à ceux de la SG. Par ailleurs, la formation de lithiase biliaire serait favorisée par l'amaigrissement rapide, La prévention se fait par la prescription de l'acide urso-désoxycholique pendant la période postopératoire (6 mois).

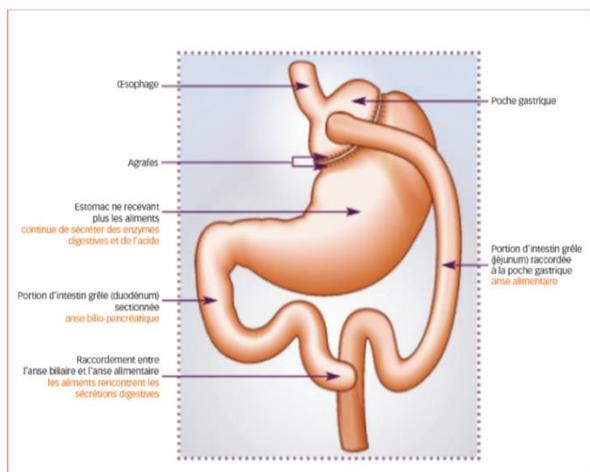


Figure 3. Bypass gastrique en-Y.

DERIVATION BILIO-PANCREATIQUE AVEC SWITCH DUODENAL (DBP-SD)

La DBP-SD est actuellement peu pratiquée (< 1 % de toutes les procédures bariatriques). Cette intervention comprend, d'une part, une sleeve gastrectomie qui induit l'effet restrictif ; elle comprend, d'autre part, une dérivation en Y des sécrétions bilio-pancréatiques avec une anse commune très courte (100 cm) qui lui confère un effet malabsorptif très important. Ce montage permet de limiter de manière significative la digestion et l'absorption des lipides et d'obtenir une perte de poids très importante. Néanmoins, elle entraîne une altération de la qualité de vie liée à des troubles digestifs majeurs : diarrhée malabsorptive, stéatorrhée, et des carences nutritionnelles importantes qui nécessitent une surveillance et une supplémentation vitaminique et minérale strictes. Les indications sont de fait très limitées et concernent des patients avec un IMC > 50 kg/m².

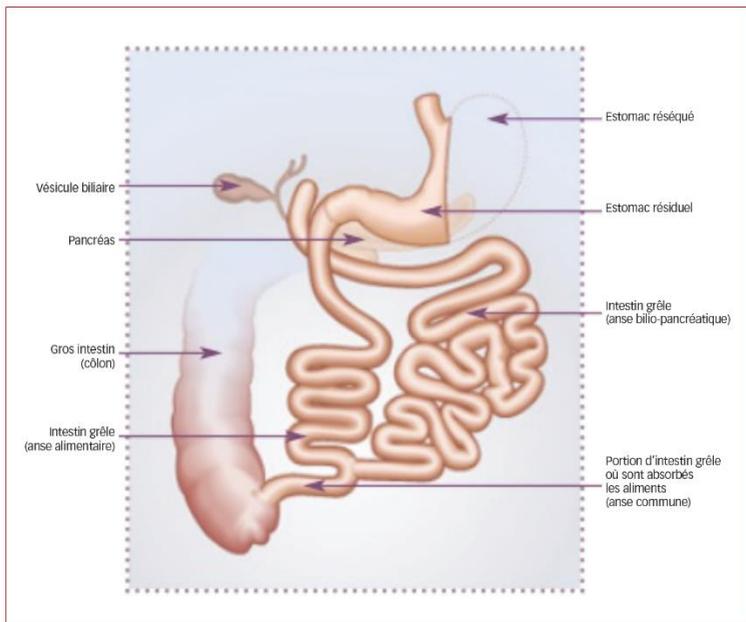


Figure 4. Dérivation bilio-pancréatique avec switch duodénal.

LE SUIVI

Après l'intervention chirurgicale, le suivi est **OBLIGATOIRE** et nécessaire pour obtenir un bon résultat sur le long terme. Il sera réalisé sous forme de consultations avec le Chirurgien, le médecin Nutritionniste, la Diététicienne, la Psychologue, avec un rythme trimestriel la première année, ensuite annuel puis tous les 5 ans.

Il comportera aussi la réalisation de bilan sanguin, des radiologies et des fibroscopies dont les résultats seront transmis au médecin traitant et au médecins spécialistes.

Durant la période de parcours médical et après la chirurgie, des règles seront à respecter :

- **ARRET TOTAL DU TABAC :**



Au moins 3 mois avant l'intervention devant les risques de complications sévères et graves après la chirurgie favorisés par le tabagisme.

- **CONTRACEPTION EFFICACE :**



Une grossesse 2 ans avant la chirurgie ou dans les 18 mois suivant l'intervention est à risque de complications graves et de malformations fœtales.

- **EVICIONS DES MEDICAMENTS GASTROTOXIQUES** comme les anti-inflammatoires et les corticoïdes.



- **ADAPTATION DES TRAITEMENTS DE FONDS**

Il serait nécessaire après la chirurgie devant la perte de poids et l'amélioration de comorbidités.

LES SIGNES D'ALERTE

Après l'intervention chirurgicale, Certains symptômes peuvent témoigner d'un dysfonctionnement qui nécessite une consultation avec votre médecin traitant ou l'équipe multidisciplinaire bariatrique :

Signes cliniques

- Douleurs abdominales
- Fièvre

Comportement alimentaire

- Blocages
- Régurgitations
- Vomissements
- Saut de repas
- Anorexie
- Consommation régulière d'alcool

Perte de poids

- Perte de poids excessive
- Reprise de poids

Signes de carences

- Anémie,
- Signes Neurologiques
- Asthénie



CONTACTS

CH SAINT QUENTIN

Adresse : 1 Avenue Michel de l'Hôpital BP608, 02321 Saint Quentin

- **Secrétariat Chirurgie digestive et bariatrique :**

Mail : Digestive@CH-STQUENTIN.fr

Tel : 03 23 05 58 18

- **UNITE PARCOURS BARIATRIQUE (PPVE site Cordier) :**

Mail : PPVE@ch-stquentin.fr

Tel : 03 23 06 76 24

POUR EN SAVOIR PLUS

@ www.has-sante.fr

Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

@ www.soffcomm.org

Infos Publics/Patients

