



Chirurgie de l'obésité

*Ce qu'il faut savoir
avant de se décider !*

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Consultez le site Internet de la HAS :
www.has-sante.fr

Vous y trouverez des informations complémentaires
et des outils pour bien préparer vos rendez-vous
avec les professionnels de santé.

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une institution publique indépendante chargée d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation des soins.

Cette brochure d'information, destinée aux personnes obèses et à leur entourage, a été élaborée à partir des recommandations de bonnes pratiques destinées aux soignants, intitulées « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » et téléchargeables sur **www.has-sante.fr**

La HAS remercie les patients et les professionnels de santé qui ont contribué à la réalisation de cette brochure :

Groupe de rédaction : Dr Cécile Ciangura (Paris), Mme Marie Citrini (Paris), Dr Muriel Coupaye (Colombes), Dr Wioletta de Charry (Poissy), Mme Emmanuelle Di Valentin (Paris), Mme Viviane Gacquièrre (Paris), Mme Gersende Georg (HAS, Saint-Denis), Mme Anne-Sophie Joly (Paris), M. Jérôme Lemarié (HAS, Saint-Denis), Dr Valérie Lindecker-Cournil (HAS, Saint-Denis), Pr Jean Mouiel (Nice), Dr David Nocca (Montpellier), Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat (HAS, Saint-Denis), Dr Frank Stora (HAS, Saint-Denis).

Groupe test : Mme Khadija Badid (Saint-Mandé), Mme Catherine Deschamps (Saint-Gratien), Mme Katia Heyraud (Couzeix), Mme Véronique Perez Carbonell (Bourg-la-Reine).

Illustrations : Fabrice Mathé.

© Haute Autorité de Santé - juillet 2009

Sommaire

▶ La chirurgie de l'obésité, c'est efficace ?	5
▶ La chirurgie de l'obésité, ça me concerne ?	6
▶ La chirurgie de l'obésité, comment ça marche ?	7
▶ Avant l'intervention	8
▶ L'intervention	9
▶ Après l'intervention	10
▶ Annexes	
☞ Les réponses à mes questions	11
☞ Les techniques :	
• anneau gastrique ajustable	12
• gastrectomie longitudinale	13
• <i>bypass</i> gastrique	14
• dérivation biliopancréatique	15
☞ Test « Êtes-vous suffisamment informé(e) sur la chirurgie de l'obésité ? »	16
☞ Préparer mes rendez-vous	17
☞ Quelques contacts utiles	18

L'obésité est une maladie chronique. Elle peut, en particulier lorsqu'elle est sévère ou massive, entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle peut également menacer la santé et provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil...

La chirurgie de l'obésité aide à perdre du poids durablement et à contrôler ces maladies. Néanmoins, se faire opérer est une décision importante et nécessite une bonne préparation.

Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- ▶ participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause ;
- ▶ bien se préparer à cette intervention ;
- ▶ comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie.

Vous trouverez dans cette brochure des explications sur :

- ▶ les différentes techniques chirurgicales ;
- ▶ les conditions pour bénéficier de la chirurgie de l'obésité ;
- ▶ l'organisation de la prise en charge, du premier entretien avec le médecin jusqu'au suivi après l'intervention ;
- ▶ les précautions à prendre pour garantir les meilleures chances de réussite.

▶▶ Cette brochure devrait vous permettre de mieux dialoguer avec les professionnels de santé. Toutefois, elle ne remplace pas les informations données par votre médecin traitant et par l'équipe spécialisée en chirurgie de l'obésité que vous pourrez être amené(e) à rencontrer.

La chirurgie de l'obésité, c'est efficace ?

►► Oui, c'est efficace !

La chirurgie de l'obésité aide à :

- 1 **perdre du poids** de manière durable ;
- 2 **réduire les affections** liées à l'obésité ;
- 3 **améliorer la qualité de vie**, notamment l'estime de soi, les possibilités d'activités physiques, les relations sociales, l'activité sexuelle...

►► Mais, attention !

- 1 **La chirurgie ne permet pas, à elle seule, de perdre du poids** et de le stabiliser dans le temps. Elle n'est efficace qu'à condition de modifier ses habitudes alimentaires, d'augmenter son activité physique et d'être suivi médicalement à vie.
- 2 **L'intervention chirurgicale peut entraîner des complications et des difficultés au quotidien**, même longtemps après l'intervention :
 - ▶ des problèmes liés au montage chirurgical (par exemple : glissement d'un anneau ou fuite au niveau d'une suture). Ceux-ci peuvent toutefois être corrigés ;
 - ▶ des carences nutritionnelles. La prise de suppléments en vitamines, minéraux et oligoéléments et une alimentation variée permettent de prévenir leur apparition ;
 - ▶ des difficultés liées à la modification de l'image du corps et des relations avec les autres. Vous pouvez bénéficier d'une aide psychologique pour surmonter ces difficultés.
- 3 **La mortalité liée à la chirurgie de l'obésité n'est pas nulle**. Néanmoins, elle reste inférieure ou égale à 1 %. À titre d'exemple, pour d'autres maladies, la mortalité opératoire est de l'ordre de :
 - ▶ 0,1 à 0,5 % après ablation de la vésicule biliaire ;
 - ▶ 2 % après pontage coronarien.

La chirurgie de l'obésité, ça me concerne ?

Qui est concerné ?

La chirurgie de l'obésité s'adresse aux personnes adultes :

- ▶ qui souffrent d'une obésité massive (IMC ≥ 40 kg/m²) ou sévère (IMC ≥ 35 kg/m²) quand elle est associée à au moins une complication pouvant être améliorée grâce à la chirurgie (diabète, hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil, troubles articulaires...);
- ▶ qui ont déjà tenté, sans succès, de perdre du poids grâce à une prise en charge médicale spécialisée de plusieurs mois (avec suivi diététique, activité physique et prise en charge psychologique);
- ▶ et qui ne présentent pas de contre-indications à la chirurgie (ex. : dépendance à l'alcool) et à l'anesthésie générale.

Comment calculer son IMC ?

L'indice de masse corporelle (IMC) permet d'estimer l'excès de masse grasse dans le corps et de définir la corpulence. Plus l'IMC augmente et plus les risques liés à l'obésité sont importants. Pour le calculer, il suffit de diviser le poids (en kg) par la taille (en m) au carré :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

Consultez la **table d'indice de masse corporelle (IMC)*** pour déterminer votre corpulence.

Vous pensez être concerné(e) par la chirurgie de l'obésité ?

Pour prendre une décision, vous devez d'abord :

1 en parler à votre médecin traitant et éventuellement à un spécialiste de l'obésité (endocrinologue, nutritionniste, chirurgien digestif ou viscéral, psychiatre ou psychologue, diététicien, etc.). Ils vous orienteront vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée en chirurgie de l'obésité ;

2 consulter, sur les conseils du médecin traitant ou du spécialiste de l'obésité, un membre de l'équipe spécialisée en chirurgie de l'obésité.

À l'issue de cette consultation, vous savez si vous êtes concerné(e) ou non par la chirurgie de l'obésité :

- ▶ Vous êtes concerné(e) : avant toute décision d'intervention, vous allez recevoir des informations complémentaires, réaliser un bilan de votre état de santé et bénéficier d'une préparation à l'intervention.
- ▶ Vous n'êtes pas concerné(e) : le médecin ou le chirurgien vous propose un autre type de prise en charge (non chirurgicale) à l'hôpital ou en cabinet.

Vous pouvez également vous informer sur les sites de la Soffco et les associations de patients (voir rubrique « Quelques contacts utiles »).

* Consultable sur www.has-sante.fr

La chirurgie de l'obésité,

comment ça marche ?

La chirurgie de l'obésité (ou chirurgie « bariatrique ») modifie l'anatomie du **système digestif***. C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommée (principe de restriction) et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de « malabsorption »).

Il existe deux grands types de techniques chirurgicales (voir encadré ci-dessous) :

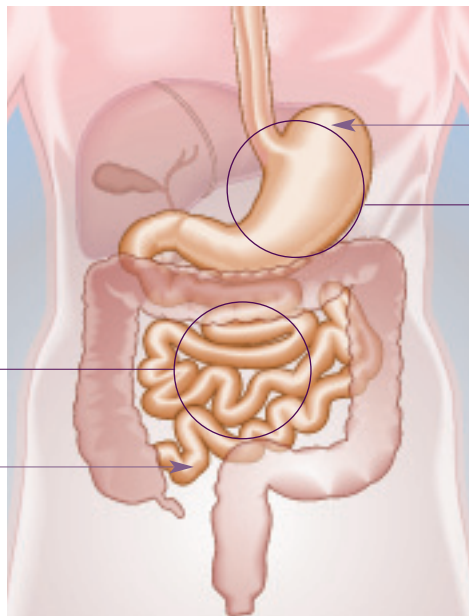
- ▶ **les techniques dites restrictives pures**, qui réduisent la taille de l'estomac :
 - ☞ anneau gastrique ajustable (voir page 12),
 - ☞ gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*, voir page 13),
 - ☞ gastroplastie verticale calibrée (de moins en moins pratiquée) ;
- ▶ **les techniques mixtes dites restrictives et « malabsorptives »**, qui réduisent la taille de l'estomac (restriction) et diminuent l'assimilation de ces aliments par l'organisme (malabsorption) :
 - ☞ *bypass* gastrique (ou court-circuit gastrique, voir page 14),
 - ☞ dérivation biliopancréatique (voir page 15).

Les deux principes chirurgicaux pour obtenir une perte de poids

Malabsorption

☞ Une partie de l'intestin est court-circuitée : les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle où seule une fraction des aliments est assimilée.

Intestin grêle



Estomac

Restriction

☞ La quantité d'aliments ingérés est réduite : la sensation de satiété apparaît plus rapidement.

▶▶ **Chaque intervention a ses avantages et ses inconvénients ! L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention la plus appropriée à votre situation, en fonction de vos besoins et de vos facteurs de risque.**

* Consultable sur www.has-sante.fr

Avant l'intervention

La préparation

Cette phase de préparation est indispensable et nécessite un véritable engagement de votre part. Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels, membres d'une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, médecin nutritionniste, diététicien, psychiatre ou psychologue, anesthésiste, etc.) qui vont vous informer et vous examiner.

Ils vont également vous prescrire différents examens (prises de sang, endoscopie œsogastroduodénale* et, si nécessaire, radiographies, évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque, test de grossesse, évaluation bucco-dentaire). Ceux-ci ont pour buts de réaliser :

- ▶ un bilan complet de l'obésité et de votre état de santé afin de traiter, si ce n'est déjà fait, les affections dont vous souffrez (carences nutritionnelles ou vitaminiques, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles cardiaques, syndrome d'apnées du sommeil ou autres troubles respiratoires, troubles articulaires, etc.) ;
- ▶ un bilan psychologique afin de vous proposer, si besoin, une prise en charge psychothérapeutique ;
- ▶ un bilan de votre activité physique et de vos habitudes alimentaires ;
- ▶ une information sur la grossesse et la contraception pour les femmes en âge d'avoir des enfants.

Durant cette phase de préparation, il est utile de rencontrer des patients déjà opérés.

Une aide pour manger mieux et bouger plus !

Très tôt, avant même l'intervention, vous devez prendre de nouvelles habitudes alimentaires et réfléchir à une activité physique adaptée à votre état de santé, à vos goûts et à vos possibilités. Les professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes) sont là pour vous aider et vous proposer différentes activités éducatives, individuelles ou collectives : ateliers de cuisine, repas pris en commun, programmes d'activité physique...

La décision

À l'issue de la phase préparatoire, l'équipe pluridisciplinaire rend un avis qui peut être de trois ordres :

- 1 l'intervention est envisageable.** L'équipe vous donne alors plus d'informations sur la technique opératoire choisie. Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous est proposée et une demande d'entente préalable est adressée à votre caisse d'assurance maladie (en savoir plus : www.ameli.fr).
- 2 votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante.** Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.
- 3 la chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas.** L'équipe pluridisciplinaire vous en explique les raisons et vous propose une autre prise en charge (non chirurgicale).

* **Endoscopie œsogastroduodénale** : technique qui permet de visualiser en direct les parois du tube digestif (œsophage, estomac, intestin) grâce à un tube très fin, composé de fibres optiques et d'une caméra vidéo, qui est introduit dans la bouche jusqu'à l'intestin.

L'intervention

L'intervention et l'hospitalisation

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, la plupart du temps par coelioscopie*. Cette technique est recommandée car elle limite la douleur et permet de retrouver une activité normale plus rapidement. Dans certains cas, au cours de l'intervention, pour des raisons de sécurité, il est parfois nécessaire d'ouvrir l'abdomen (laparotomie).

La durée de l'hospitalisation varie de 2 à 10 jours en fonction du type d'intervention et de l'état général de la personne. Elle peut être prolongée si des complications surviennent après l'intervention. Dans ce cas, votre chirurgien peut décider de vous réopérer en urgence.

Il faut prévoir au minimum 2 semaines d'arrêt de travail après la sortie de l'hôpital.

Comme toute intervention sur l'abdomen, les suites opératoires peuvent être douloureuses. Des médicaments contre la douleur vous sont donnés si besoin.

L'alimentation après l'intervention

Après l'intervention, vous mangez des aliments dont la consistance est modifiée : d'abord liquide puis sous forme de purée. Progressivement, vous retrouvez une alimentation solide. Pour ne pas avoir de mauvaises surprises (vomissements, douleurs...), il est très important de suivre les conseils diététiques.

De nouvelles habitudes alimentaires !

- ▶ ingérez de petites quantités à chaque repas et mastiquez lentement ;
- ▶ prenez vos repas assis et dans le calme ;
- ▶ arrêtez-vous de manger dès les premiers tiraillements digestifs et dès que vous n'avez plus la sensation de faim (satiété) ;
- ▶ ne buvez pas en mangeant (mais suffisamment entre les repas) ;
- ▶ mangez équilibré et varié pour éviter les carences nutritionnelles et augmenter les chances de perdre du poids ;
- ▶ conservez un apport suffisant en protéines (viandes, poissons, œufs, produits laitiers) ;
- ▶ évitez les boissons gazeuses, les boissons sucrées, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras : leur consommation risque de compromettre la perte de poids.

▶▶ **Ces nouvelles habitudes alimentaires seront adaptées à votre cas au fil du temps. Elles sont parfois contraignantes mais elles n'empêchent pas d'avoir une vie sociale (repas entre amis, au restaurant) et du plaisir à manger.**

* **Coelioscopie** : technique qui permet de visualiser l'intérieur du ventre grâce à une sonde très fine dotée d'une caméra insérée par de petits orifices dans la paroi abdominale et de réaliser l'intervention. Cette technique ne nécessite pas d'ouvrir la paroi, ce qui limite les risques d'infections et les problèmes de cicatrisation.

Après l'intervention

Dès les premières semaines

Chez la plupart des patients :

- ▶ le poids diminue : la perte est rapide les premiers mois puis elle ralentit. Généralement, elle est maximale au bout de 12 à 18 mois. Au-delà, une reprise de poids modérée est possible ;
- ▶ les affections associées à l'obésité régressent (ex. : diabète).

Néanmoins se faire opérer, c'est s'engager !

Vous devez maintenant, et pour toute la vie :

- 1** conserver vos nouvelles habitudes alimentaires (voir encadré page 9) et pratiquer une activité physique régulière et adaptée à votre cas ;
- 2** être suivi(e) régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire qui a réalisé l'intervention, en liaison avec votre médecin traitant (au moins 4 consultations la première année avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire puis au moins une consultation par an).

Ces rendez-vous ont 6 objectifs principaux :

- ▶ évaluer votre perte de poids ;
- ▶ vérifier que vous êtes en bonne santé, repérer et prendre en charge les éventuelles complications chirurgicales et carences nutritionnelles qui peuvent survenir très tôt après l'intervention ou plus tardivement ;
- ▶ adapter, si besoin, les traitements que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après intervention malabsorptive alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu ;
- ▶ vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activité physique, et vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes ;
- ▶ dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps et vous proposer, si besoin, un suivi adapté ;

☞ La perte de poids modifie le corps et son apparence : cela peut entraîner un bouleversement psychologique plus ou moins facile à gérer. Une période d'adaptation au changement est normale et nécessaire pour vous-même et votre entourage. Si vous le souhaitez ou si votre médecin l'estime indispensable, vous pouvez être aidé(e) par un psychologue ou un psychiatre.

- ▶ vous proposer, si nécessaire, une intervention de chirurgie réparatrice pour supprimer l'excès de peau qui persiste à certains endroits après avoir maigri (seins, ventre, bras et cuisses) ;

- 3** dans la plupart des cas, prendre chaque jour des suppléments en vitamines, en minéraux et en oligoéléments (par voie orale ou parfois, par injection).

▶▶ Ne pas prendre ces suppléments peut provoquer des carences nutritionnelles et des complications neurologiques graves. Il est conseillé de réaliser régulièrement un bilan biologique nutritionnel et vitaminique.

N'oubliez pas de signaler à tous les médecins que vous serez amené(e) à rencontrer que vous avez bénéficié d'une intervention chirurgicale de l'obésité.

Les réponses à mes questions

► Puis-je avoir un enfant après avoir été opérée ?

Oui. La grossesse est possible après une intervention de chirurgie de l'obésité. Dans ce cas, un suivi nutritionnel très régulier est nécessaire, depuis le désir de grossesse jusqu'à plusieurs mois après l'accouchement.

Néanmoins, par précaution, il est recommandé d'attendre que le poids soit stabilisé (12 à 18 mois après l'intervention) et que l'état nutritionnel soit vérifié avant d'envisager une grossesse. Différentes méthodes de contraception peuvent être utilisées durant cette période. Parlez-en à votre médecin, il vous donnera des conseils.

► L'Assurance maladie rembourse-t-elle l'intervention ?

Oui. L'Assurance maladie rembourse les frais liés à l'intervention et à l'hospitalisation dès lors qu'elle a donné son accord à la demande d'entente préalable.

☞ En revanche, l'Assurance maladie ne prend pas en charge certains suppléments vitaminiques (multivitamines par exemple ; coût : 9 à 25 euros par mois), la plupart des suppléments protidiques, les consultations des psychologues et des diététiciens libéraux, certains actes de biologie (par exemple dosage de vitamine B1) et certains actes de chirurgie réparatrice. Parlez-en à votre chirurgien et renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie et, éventuellement, de votre mutuelle.

► Certains médicaments sont-ils à éviter ?

Oui. Les médicaments toxiques pour l'estomac (aspirine, anti-inflammatoires, corticoïdes) sont à éviter dans la mesure du possible.

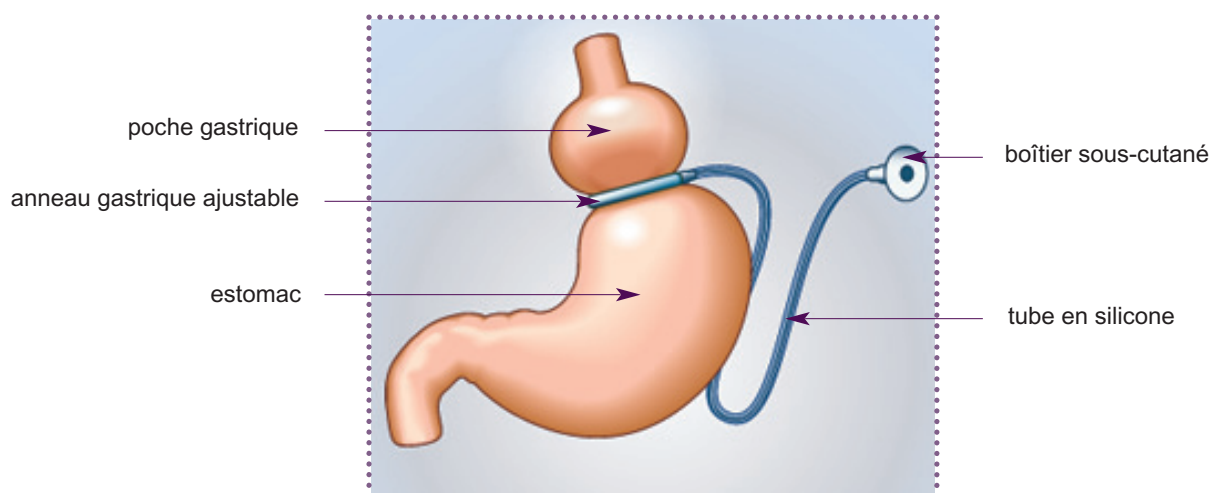
Avant toute prise de médicament, vous devez consulter votre médecin et lui rappeler que vous avez bénéficié d'une chirurgie de l'obésité.

► Si je ne perds pas suffisamment de poids, que dois-je faire ?

Il faut consulter l'équipe pluridisciplinaire qui vous a opéré(e) afin d'identifier la cause et de la prendre en charge grâce à des séances d'éducation diététique ou à l'activité physique ou grâce à une psychothérapie (mauvaises habitudes alimentaires, difficultés psychologiques) ou grâce à une nouvelle intervention (problème sur le montage chirurgical).

Technique de

l'anneau gastrique ajustable



Principe	<p>Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.</p>
Caractéristiques	<p>Seule technique ajustable</p> <p>L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.</p> <p>L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.</p>
Perte de poids attendue	<p>De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg¹. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.</p> <p>En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.</p>
Durée moyenne de l'intervention ²	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	2 à 3 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,1 %
Principaux risques de complications	<p>Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ; ▶ glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ; ▶ troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs) ; ▶ lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). <p>Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.</p>

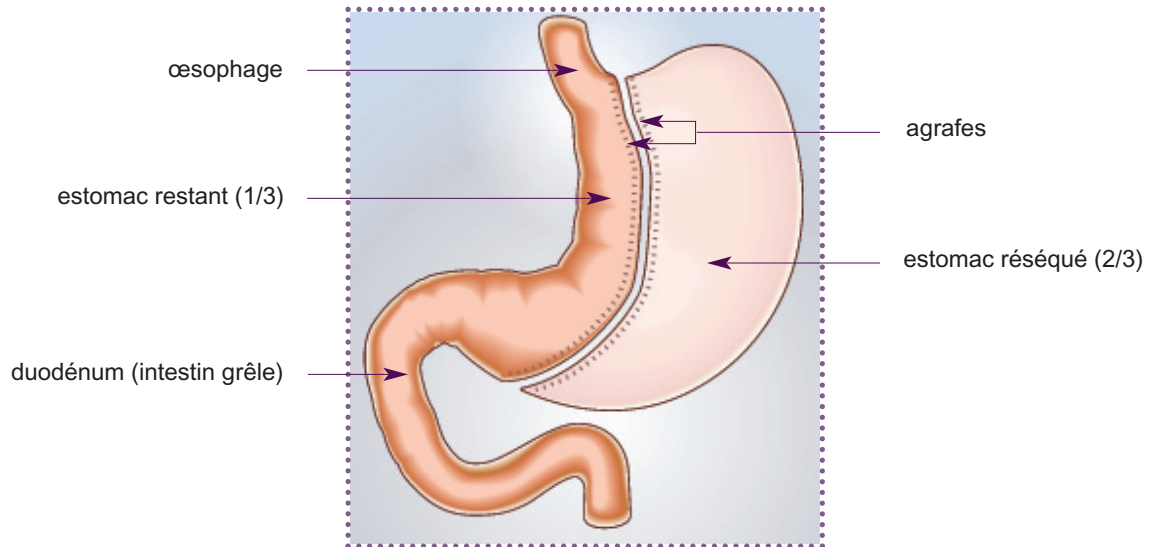
1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique de la gastrectomie longitudinale

(ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



Principe	<p>Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).</p>
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ▶ hémorragies postopératoires précoces ; ▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ▶ dilatation de l'estomac.

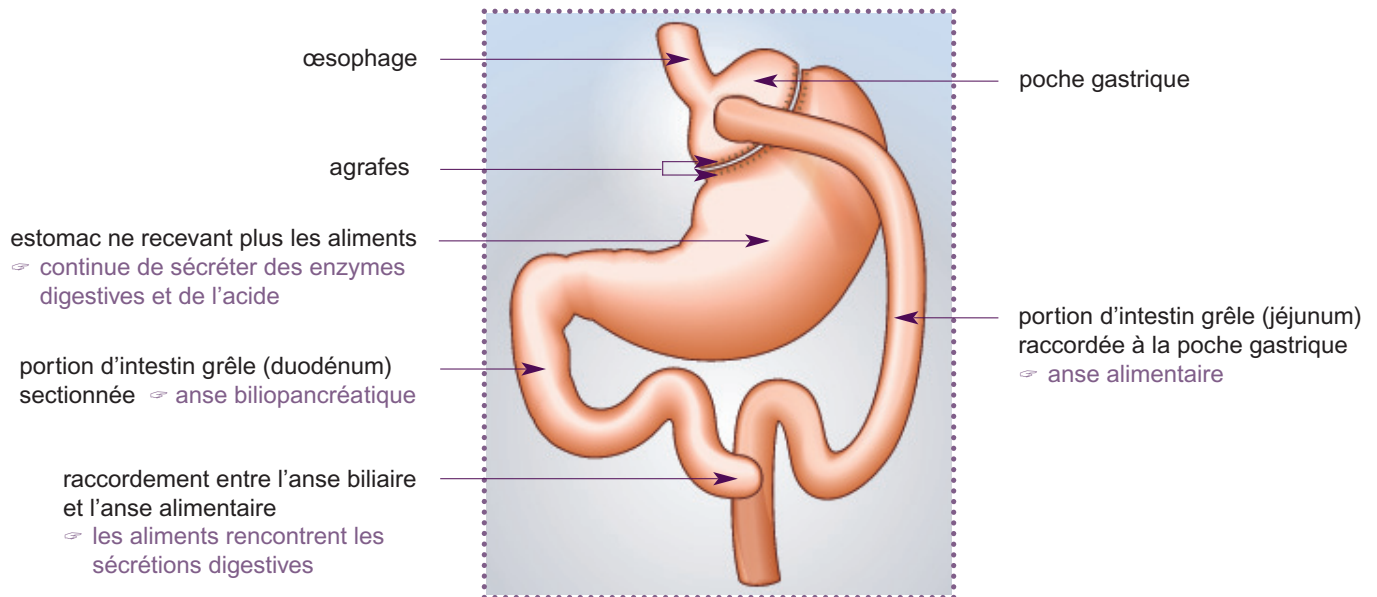
1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique du **bypass gastrique**

(ou court-circuit gastrique)



Principe	Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	1 h 30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ► complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ► carences nutritionnelles ; ► complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>*, constipation.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

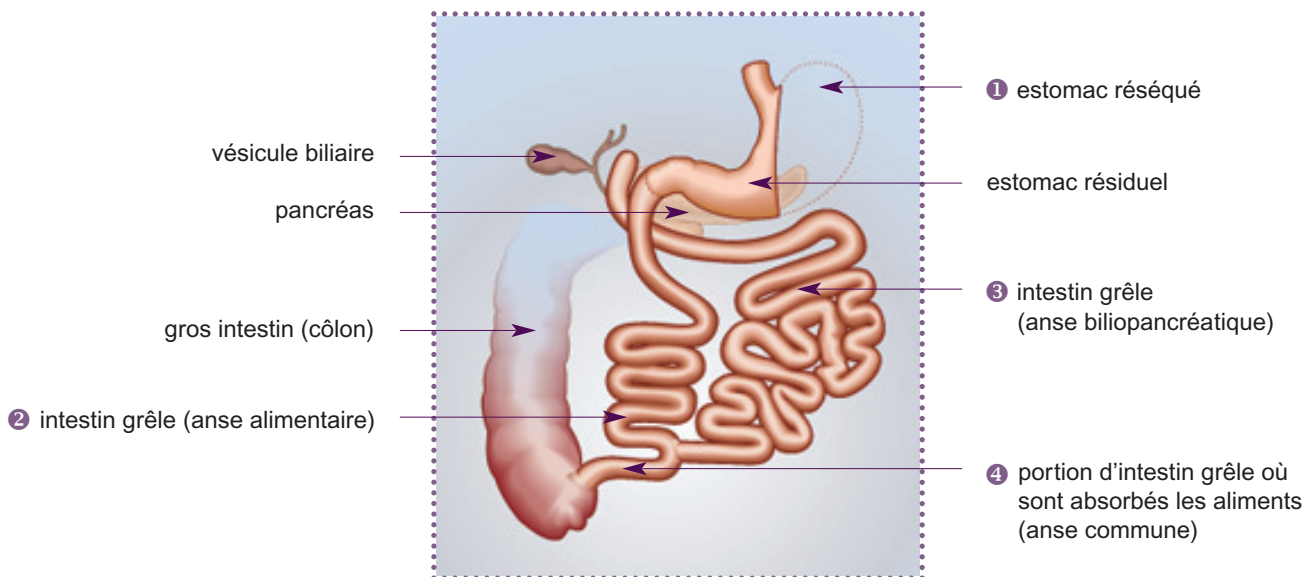
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

* **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

Technique de

la dérivation biliopancréatique



Principe	<p>Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin.</p> <p>La taille de l'estomac ① est réduite par gastrectomie et l'intestin grêle divisé en deux parties ② et ③. L'estomac est raccordé à la partie ② servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie ③, qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle ④. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ④ ; l'essentiel des aliments passent directement dans le gros intestin sans être absorbés.</p>
Caractéristiques	Cette technique est réservée aux patients avec IMC ≥ 50 kg/m ² et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 25 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	4 à 5 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	8 à 10 jours
Mortalité liée à l'intervention	1 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines) ; ▶ risque important de malabsorption de médicaments ; ▶ complications fonctionnelles : diarrhée, selles malodorantes ; ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Êtes-vous suffisamment informé(e) sur la chirurgie de l'obésité ?

Pour le savoir, répondez aux questions suivantes :

1

Sur la chirurgie de l'obésité

- ▶ Quels sont les principes des deux grands types d'intervention ?
- ▶ Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes techniques ?
- ▶ Quelles en sont les principales complications ?
- ▶ Est-ce que la chirurgie seule est suffisante pour perdre du poids ?
- ▶ La chirurgie de l'obésité s'adresse-t-elle à toutes les personnes obèses ?

2

Sur la prise en charge avant, pendant et après l'intervention

- ▶ Comment faut-il se préparer avant l'intervention ?
- ▶ Sur quoi porte le bilan avant l'intervention ?
- ▶ Faut-il modifier ses habitudes alimentaires avant l'intervention ?
- ▶ L'intervention est-elle systématique à l'issue de la période préopératoire ?
- ▶ Qui prend la décision d'intervention ?
- ▶ Combien de temps dure en moyenne l'hospitalisation ?
- ▶ Peut-on être réopéré(e) juste après l'intervention ?
- ▶ À quoi sert le suivi ?
- ▶ Combien de temps dure le suivi après l'intervention ?
- ▶ Comment éviter les carences nutritionnelles ?
- ▶ Les suppléments en vitamines, minéraux et oligoéléments et les prises de sang sont-ils remboursés par l'Assurance maladie ?

3

Sur l'alimentation après l'intervention

- ▶ Quelle quantité d'aliments faut-il manger ?
- ▶ Faut-il manger de tout ?
- ▶ Certains aliments sont-ils à éviter ?
- ▶ Dans quelles conditions prendre ses repas ?

Souvenez-vous, vous ne pouvez être opéré(e) que si...

- ▶ vous êtes suffisamment informé(e) sur les avantages et les inconvénients de la chirurgie ;
- ▶ vous avez bien compris et accepté la nécessité d'un suivi médico-chirurgical régulier et à vie ;
- ▶ vous avez bien compris et accepté la nécessité de modifier vos habitudes alimentaires et de renforcer votre activité physique à vie ;
- ▶ vous avez réalisé un bilan de santé et bénéficié d'une préparation à l'intervention.

Quelques contacts utiles

► En savoir plus sur les avantages et les inconvénients des différentes techniques chirurgicales :

- ☞ **Société française et francophone de chirurgie de l'obésité (Soffco)**
29, rue Antoine-Péridaud 69008 LYON
Tél. : 04 78 00 45 87
Courriel : soffco@orange.fr
Site Web : www.soffco.fr

► Les associations de patients :

- ☞ **Collectif national des associations d'obèses (Cnao)**
38, rue des Blancs-Manteaux 75004 PARIS
Tél. : 01 42 71 17 57
Courriel : cnao@wanadoo.fr
Site Web : www.cnao.fr
- ☞ **Allegro Fortissimo**
Maison des associations du 14^e arrondissement – Boîte n°13
22, rue Deparcieux 75014 PARIS
Tél. : 01 45 53 98 36
Courriel : com@allegrofortissimo.com
Site Web : www.allegrofortissimo.com

► D'autres informations :

- ☞ **Des conseils pour manger mieux et bouger plus**
www.mangerbouger.fr (Programme national nutrition santé)
- ☞ **Le remboursement des soins**
www.ameli.fr (Assurance maladie en ligne)

► Le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr) :

- ☞ **Vous y trouverez des informations et des outils complémentaires**

La liste des liens proposés n'est pas exhaustive, elle est donnée à titre indicatif. La responsabilité de la HAS ne saurait être engagée pour les informations contenues dans ces sites.

►► **Soyez vigilant(e) : les informations que vous trouvez sur Internet (notamment dans les forums de discussion, les blogs et les messageries instantanées ou *chats*) ne sont pas toujours fiables. La meilleure source d'information reste votre médecin !**