

# Questions et réponses

## 1- Pourquoi devrais-je subir une chirurgie?

Pour plusieurs raisons :

1. Les régimes amaigrissants sont très rarement efficaces. Seulement 3 à 5 % des gens qui perdent du poids en suivant un régime amaigrissant ou des programmes sportifs réussissent à maintenir leur poids à long terme. Par contre, la chirurgie de l'obésité est très efficace et permet de maintenir un poids acceptable à long terme, ce qui atténue ou supprime la majorité des problèmes de santé liés à l'obésité morbide.
2. Les experts médicaux reconnaissent maintenant la chirurgie comme la seule solution permanente pour perdre du poids; elle est la méthode la plus efficace pour perdre le surpoids et maintenir un poids acceptable à long terme.
3. La perte de poids aide les patients à résoudre leurs problèmes de santé associés à l'obésité morbide. Les patients qui souffrent d'obésité morbide ont plus fréquemment un diabète de type 2, une hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires par rapport aux patients non obèses. Chez 90 % des patients, ces problèmes de santé sont améliorés ou résolus grâce à la chirurgie.
4. La chirurgie réduit la mortalité chez les patients qui souffrent d'obésité morbide. Chaque année, environ 55 000 personnes meurent de causes liées à l'obésité en France. L'obésité est maintenant devenue la deuxième cause de mortalité cardiovasculaire après le tabac. Les personnes souffrant d'obésité morbide risquent cinq fois plus de mourir prématurément que les patients non obèses.

## 2- Quels types d'interventions vous pratiquez au Centre Hospitalier de Poissy?

Nous pratiquons le bypass gastrique, la mise en place de l'anneau modulable, la gastroplastie type Sleeve, le switch duodénal, et la gestion des échecs à long terme des gastroplasties antérieures ainsi que les complications post-opératoires des gastroplasties effectuées dans d'autres établissements de santé. La majorité de ces interventions est pratiquée par coelioscopie. Nous pratiquons aussi la chirurgie de réparation chez les patients qui ont perdu du poids avec comme conséquences des modifications gênantes de leur corps.

## 3- Depuis quand vous pratiquez ces interventions?

Nous assurons la prise en charge des patients souffrant d'obésité sévère depuis 1998. Le premier bypass a été effectué dans l'établissement en 2001.

#### **4- Ces chirurgies peuvent-elles être réalisées par une technique de micromanipulation chirurgicale, appelée aussi « coelioscopie » ?**

Oui. Le Centre Hospitalier de Poissy dispose de l'infrastructure technologique, de la plate-forme électronique et du savoir chirurgical permettant d'effectuer cette chirurgie par voie coelioscopique.

#### **5- Suis-je un candidat pour la chirurgie même si je souffre de certaines maladies associées à mon obésité?**

Oui, certainement. Notre processus d'évaluation multidisciplinaire est très rigoureux et permet de nous assurer que vous pourriez tolérer l'intervention. Nous demandons aux patients de réduire leur risque, notamment par une perte de 10 % de leur poids de départ et par l'arrêt du tabac s'ils sont fumeurs. Certains patients souffrant d'apnée du sommeil devront réduire le risque opératoire par l'utilisation pré-opératoire d'un équipement de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP).

#### **6- Quelle est la meilleure intervention pour moi?**

L'intervention idéale pour un patient est fonction de nombreux facteurs. En général, l'anneau modulable est l'intervention la moins lourde mais il n'est pas adapté à tous les patients. En plus, pour obtenir de bons résultats avec l'anneau, il faut une grande motivation et une bonne assiduité au suivi de la part du patient. Par ailleurs, le taux d'échec global à long terme de l'anneau peut être de 20 % environ. Le bypass est, quant à lui, raisonnablement sûr pour la plupart des patients et permet une plus grande perte de poids. Bien qu'elle ne soit que rarement indiquée, la dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale (duodenal switch) permet une perte de poids plus importante à long terme. Le duodenal switch est surtout indiqué en cas d'obésité sévère avec une BMI > 55 ou 60 Kg/m<sup>2</sup>.

#### **7- Quels en sont les risques?**

De nombreux risques et complications sont associés à ces interventions. La complication la plus grave est le décès, dont le risque est très rare variant de 0,05 % à 1 % selon le type d'intervention. D'autres complications péri-opératoires sont possibles y compris le saignement (transfusion), les blessures des organes digestifs (estomac, œsophage, intestin, rate), l'abcès, la fistule digestive (réintervention chirurgicale), l'occlusion. Des complications non chirurgicales peuvent aussi survenir et sont liées au surpoids (embolie pulmonaire, phlébite, infarctus). A plus long terme, les risques théoriques sont les carences en vitamines et en oligo-éléments, l'occlusion intestinale, la migration d'anneau gastrique.

Cependant, il est estimé que la chirurgie bariatrique diminue significativement le risque de mortalité des personnes obèses. Leur qualité de vie et les maladies associées (diabète, hypertension, apnée du sommeil, arthrose) sont très nettement améliorées par l'intervention.

## **8- Combien de temps dure l'intervention?**

Elle peut durer de 45 minutes à 4 heures en fonction du type d'intervention.

## **9- Quelle est la durée du séjour à l'hôpital?**

Le séjour moyen à l'hôpital est de deux à sept jours. Les patients ayant eu la mise en place d'un anneau gastrique retournent à la maison le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Les patients ayant subi le bypass peuvent habituellement retourner à la maison à partir du 4<sup>ème</sup> jour suivant l'opération après contrôle du montage et réalimentation. En cas de chirurgie ouverte ou en cas de chirurgie particulièrement difficile (reprise, BMI > 55 Kg/m<sup>2</sup>, incident opératoire, complication), le séjour est environ de 7 à 10 jours, voire plus. Il peut arriver occasionnellement qu'un patient qui présente une complication grave demeure à l'hôpital pendant un mois ou plus.

## **10- Combien de temps faudra-t-il avant de revenir à mes activités habituelles?**

Cette période peut varier d'une à six semaines et dépend du type d'activités que vous aviez avant la chirurgie et du type d'intervention subie. La plupart des patients doivent s'absenter de leur travail de deux à quatre semaines. Les patients qui subissent la mise en place d'un anneau modulable peuvent habituellement retourner au travail après une semaine s'ils le souhaitent.

## **11- De quelle façon mes habitudes alimentaires changeront-elles?**

Elles devront changer radicalement!

En fonction de chaque type d'intervention, vous devrez changer radicalement votre façon de vous alimenter. Pour obtenir le guide alimentaire associé à chacune des interventions, consultez la section spécifique à chaque technique opératoire.

## **12- Ces interventions sont-elles couvertes par l'Assurance-maladie?**

L'Assurance maladie couvre toutes les interventions chirurgicales si l'indication a été posée conformément aux recommandations en vigueur.

## **13- En général, quel était l'excès de poids perdu chez les patients opérés et quelles ont été les améliorations des problèmes de santé consécutives à cette perte d'excès de poids?**

L'excès de poids perdu varie en général de 50 % à 90 % selon l'intervention et le poids de départ du patient (en moyenne 55 % pour l'anneau et 65 à 70 % pour le bypass classique). Un an après la chirurgie, on note une amélioration ou une résolution complète des comorbidités associées à l'obésité morbide comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'apnée du sommeil. De plus, la chirurgie peut aussi prévenir l'apparition de nouvelles complications associées à l'obésité.

**14- Avez-vous des patients qui souhaitent faire part de leurs expériences, qu'elles soient positives ou négatives?**

Oui, vous pouvez vous joindre à un *groupe de parole* et ainsi communiquer avec d'autres patients. Pour avoir de plus amples informations concernant ces groupes de parole, prière de contacter Madame Vanessa VALENTE, coordonatrice du secrétariat, au 0139275695.

**15- Quels renseignements pourriez-vous me fournir qui aideraient ma famille et mes amis à mieux comprendre cette chirurgie?**

Au bureau, nous disposons de livres et de vidéos supplémentaires que nous pouvons vous remettre au moment de votre rendez-vous. Vous pouvez aussi inviter vos amis et les membres de votre famille à participer à nos groupes de parole ou à la rencontre d'information sur la chirurgie.

**16- Qu'attendez-vous de moi si je décide de me faire opérer?**

Nous nous attendons à ce que vous vous engagiez entièrement dans notre programme de chirurgie de l'obésité, notamment en suivant les consignes nutritionnelles et en étant physiquement plus actif. De plus, vous devrez vous engager à participer au suivi médical et ce pour le reste de votre vie.

**17- Le bypass peut-il être pratiqué sur moi par coelioscopie?**

Le bypass peut être effectué par coelioscopie chez presque tous les patients, même chez ceux qui ont déjà subi d'autres chirurgies. En général, on commence par la coelioscopie et si ce type d'intervention présente des risques à cause de l'anatomie particulière d'un individu, on passe à la chirurgie ouverte pour terminer l'opération. Du point de vue interne, l'opération est tout à fait la même.

**18- Quel est le taux de sténoses (rétrécissements) de estomac après bypass?**

Le risque est inférieur à 3 %. C'est de 8 à 12 semaines après l'opération que nous notons les problèmes de rétrécissement. Les patients signalent une difficulté à avaler des aliments solides et parfois même des liquides. Nous croyons que ce blocage est lié à la guérison du raccordement entre l'estomac et l'intestingrêle et aussi à un « remodelage » anatomique de celle-ci qui est à son summum à ce moment. Plus de 98 % des patients s'améliorent rien qu'avec un régime liquide ou mixé. Par contre, le taux de sténose nécessitant une dilatation par voie endoscopique est de 2 %. La majorité de ces cas de sténoses résiduelles répondront très bien à la dilatation.

**19- Quelle est l'incidence de blocage de l'intestin (occlusion) et d'ulcères après bypass?**

L'occlusion intestinale survient chez 2 à 3 % des patients et nécessite souvent une deuxième exploration par laparoscopie (ou par laparotomie) pour corriger ce problème. Des ulcères peuvent apparaître à la sortie de la petite poche gastrique chez 2 % des patients et peuvent être causés par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine, le Profénid ou même les anti-COX II (Célébrex). Ils entraînent parfois des saignements et les patients vomissent du sang ou ont du sang rouge ou noir dans les selles. On peut souvent prévenir cette complication en évitant de prendre des anti-inflammatoires. Le traitement consiste, d'une part, à retirer les médicaments en cause et, d'autre part, à prescrire des médicaments anti-sécrétoires acides (Mopral, INexium, Ogast, Omeprazole). S'il y a saignement important, on doit se rendre à l'Hôpital en urgence.

**20- Est-ce que les multivitamines vont vraiment remplacer le défaut d'absorption des nutriments?**

La petite poche gastrique formée lors de la dérivation gastrique isolée ne permet pas l'entrée suffisante d'aliments pour fournir toutes les vitamines et les minéraux essentiels. De plus, il y a la malabsorption des nutriments provoquée par la dérivation d'une partie de l'intestin. C'est pour cette raison que les suppléments vitaminiques et en minéraux doivent être pris à tous les jours et pour toute votre vie! Donc, les multivitamines, qu'ils soient par voie orale ou parfois par voie intraveineuse ou intra-musculaire (Fer, Vitamine B12, etc...) sont sensés remplacer le défaut d'absorption engendré par le montage chirurgical.

**21- Le risque de cancer de l'estomac est-il plus grand après bypass?**

Jusqu'à maintenant, un suivi étroit des patients n'a pas démontré que ce risque était accru.

**22- Le rétablissement est-il plus court si le bypass est pratiqué par coelioscopie?**

Le séjour à l'hôpital est de moins de 5 jours pour le bypass par coelioscopie et de plus de 8 jours dans le cas de la technique ouverte. La plupart des patients qui ont subi l'intervention par coelioscopie se sentent nettement mieux après deux semaines en comparaison avec six semaines avec la technique ouverte.

**23- Si vous pouviez choisir la façon la plus sûre d'effectuer le bypass, est-ce que ce serait la technique ouverte ou celle par coelioscopie?**

La sécurité de la procédure demeure le critère numéro un et ne dépend pas de l'approche. Par contre, l'infection de la plaie, qui est la complication la plus courante, se produit chez 20% des patients qui ont subi la chirurgie par approche ouverte. La technique par laparoscopie diminue nettement ce risque. La définition de l'anatomie interne et la qualité de l'image sont meilleures par voie coelioscopique.

#### **24- Retirerez-vous la vésicule biliaire par coelioscopie?**

La vésicule n'est pas retirée systématiquement lors du bypass par coelioscopie. Cependant, elle est retirée systématiquement en cas de dérivation bilio-pancréatique (switch duodénal).

#### **25- Puis-je espérer mener une vie normale après cette chirurgie sans m'inquiéter constamment de problèmes secondaires?**

Après la perte de poids consécutive à la chirurgie, on note chez la plupart des patients une amélioration remarquable de leur qualité de vie. On note aussi une amélioration, voire même la résolution de certaines maladies associées à l'obésité comme le diabète, l'hypertension, l'apnée du sommeil, etc. Certains patients présentent parfois une anémie chronique en raison de l'apport insuffisant de fer, suite à l'opération. Elles peuvent éviter ce problème en prenant les suppléments vitaminiques et en fer recommandés et en faisant un bon suivi post-opératoire. Par ailleurs, les déficits en oligo-éléments sont facilement maîtrisés par un suivi clinique et biologique constant et surtout la compliance régulière dans la prise des médicaments de remplacement à vie.

#### **26- Est-ce que je pourrai obtenir des polices d'assurance-vie ou des emprunts?**

Il n'y aucune raison pour laquelle il serait plus difficile d'obtenir de l'assurance-vie ou des emprunts après ce type de chirurgie. Il devrait même être plus facile et plus économique d'obtenir une assurance ou un emprunt après avoir perdu du poids puisque vous serez en meilleur santé.

#### **27- Peut-on reprendre du poids après la chirurgie bariatrique?**

Les mauvaises habitudes suivantes ont souvent été observées chez les patients qui reprennent du poids après une chirurgie bariatrique :

- Manger des aliments riches en glucides, comme par exemple des beignes, des biscuits, des gâteaux, la crème glacée, le chocolat, le Milk-Shake, la crème chantilly, etc...

- Ne pas entreprendre ni maintenir un programme de conditionnement physique et passer plus de temps devant la télé ou l'ordinateur.
- Manger trop rapidement, ce qui nuit à la sensation de satiété en empêchant son expression. En effet, il ne pas oublier qu'il faut un certain temps pour ressentir la satiété ou l'impression d'être rassasié. Donc, si vous mangez trop rapidement, vous pouvez emmagasiner beaucoup plus d'aliments que si vous mangez plus lentement. Par conséquent, la poche gastrique s'étire et un cercle vicieux s'installe.
- Après être rassasié, manger encore un peu plus, ce qui permet à la petite poche gastrique de s'agrandir pour revenir au volume d'un estomac normal.
- Grignoter pendant la journée compromettra l'opération et le patient regagnera du poids.
- Boire en mangeant ce qui permet aux aliments d'être expulsés de la poche gastrique plus rapidement. Ce faisant, le patient pourra manger beaucoup plus.
- Boire de l'alcool régulièrement.

Par ailleurs, si le patient développe une fistule gastro-gastrique après la chirurgie, c'est-à-dire s'il y a une reconnexion de la poche gastrique avec l'ancien estomac, il pourra reprendre du poids même s'il observe de bonnes habitudes alimentaires.

## **28- Une fois à la maison, que puis-je manger?**

Des aliments en purée et d'autres aliments recommandés pendant les deux premières semaines jusqu'à votre premier rendez-vous avec votre chirurgien. Pour obtenir plus d'informations, consultez votre nutritionniste ou votre diététicienne pour vous communique la liste des aliments que vous pourrez ajouter à votre menu.

## **29- Comment puis-je prendre soin de mes incisions?**

Si l'infirmière ne l'a pas déjà fait, retirez les petits pansements laisser les incisions sécher à l'air libre à partir du 4<sup>ème</sup> jour. Lavez-les sans prendre un bain pendant 2 semaines. S'il y a des agrafes, elles seront retirées lors de votre premier rendez-vous post-opératoire. S'il y a un écoulement anormal, référez-vous immédiatement à votre chirurgien.

## **30- Puis-je prendre un bain ou une douche?**

Vous pouvez prendre une douche et laisser le savon et l'eau couler doucement sur les plaies. Épongez-les avec une serviette propre (ou un sèche-cheveux) et exposez-les à l'air pour les sécher avant de mettre des vêtements propres et amples. La douche est autorisée à partir du 4<sup>ème</sup> jour et le bain à partir de la 3<sup>ème</sup> semaine.

## **31- Quand devrai-je revoir mon chirurgien?**

Trois semaines après l'opération. Le numéro de téléphone est le 0139275165.

### **32- Devrais-je prendre un supplément de vitamines et de minéraux?**

Oui, vous devrez prendre à tous les jours celui qui vous a été prescrit par l'équipe de chirurgie bariatrique (voir ordonnance). Toute modification de ce traitement doit être prescrite par le chirurgien ou par le nutritionniste.

### **33- Quelles sont les prises de sang à faire et à quel moment doit-on les faire ?**

Les premières prises de sang en période post-opératoire sont habituellement faites après 3 mois. Un schéma prévisionnel des prises de sang vous sera transmis par votre chirurgien.

### **33- Puis-je conduire ma voiture?**

Oui, dès que vous vous sentirez assez tonique, ce qui arrive habituellement deux semaines après être sorti de l'hôpital.

### **34-Puis-je porter ma ceinture de sécurité?**

Bien sûr.

### **35- Y a-t-il des activités que je ne devrais pas faire?**

Si vous avez subi une intervention **OUVERTE**, ne faites aucune activité exigeant la levée ou la poussée de poids pendant les trois premiers mois. Ces recommandations visent à prévenir la formation d'une éventration. Faites preuve de bon sens. Par exemple, vous pouvez passer l'aspirateur mais vous ne pouvez pas pousser les meubles ou soulever quelque chose de très lourd. Vous pourrez marcher, faire du vélo ou de l'aquagym. Achetez-vous un podomètre afin de voir si vous marchez suffisamment. Contactez votre chirurgien à ce sujet.

Si vous avez subi une dérivation gastrique par **COELIOSCOPIE**, vous pouvez faire n'importe quelle activité, pourvu qu'elle n'entraîne aucune douleur. Comme il n'y a pas de longue incision, il y a moins de risque d'avoir une éventration. Afin de maximiser votre perte de poids dans la première année suivant votre chirurgie vous devrez entreprendre un programme régulier d'activités physiques.

### **36- Quand pourrais-je avoir des relations sexuelles?**

Dès que vous en aurez envie et que vous n'aurez plus de douleur. Les femmes doivent se protéger pour ne pas tomber enceinte pendant les deux premières années. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes qui n'avaient pas de



menstruation avant la chirurgie. Il faut savoir que le cycle menstruel peut revenir à la normal après une chirurgie bariatrique.

### **37- Puis-faire de la natation et quand?**

Oui, environ quatre semaines après l'opération en cas de voie coelioscopique et huit semaines en cas de chirurgie ouverte.

### **38- Quand puis-je retourner au travail?**

Certains patients ayant subi un bypass retournent au travail après environ deux semaines. D'autres mettent de trois à six semaines à se rétablir avant de retourner au travail. Il s'agit d'un délai qui n'est pas le même pour tout le monde pour plusieurs raisons (type de travail, voie ouverte ou coelioscopie, poids de base, rythme de l'amaigrissement, suites opératoires). La moyenne est de 1 mois (extrêmes : 2 semaines-2 mois).

### **39- Devrais-je avoir peur de manger?**

Il se peut que vous ayez peur de manger par crainte de reprendre du poids. Suivez bien les consignes nutritionnelles. De plus, vous devrez modifier vos habitudes alimentaires car de trop grosses portions pourront vous causer de la douleur et certains problèmes digestifs et même élargir votre petit estomac en provoquant à la longue un échec de l'intervention. Ainsi, l'équilibre est à trouver entre manger suffisamment pour ne pas sombrer dans l'anorexie et pas trop pour ne pas risquer l'échec de la procédure. D'où l'importance d'une coordination entre le chirurgien, le nutritionniste (ou le diététicien) et le psychiatre (ou le psychologue). Suivez nos recommandations et échangez avec des gens qui ont subi la même chirurgie que vous. Cela pourra vous aider à surmonter vos craintes et difficultés.

### **40- Qu'est-ce que la régurgitation et est-ce que j'en aurais?**

La régurgitation est le renvoi par la bouche des aliments plus ou moins digérés rapidement après leur ingestion. Elle diffère du vomissement qui peut survenir en dehors de toute prise alimentaire. Elle peut se produire en raison du format réduit de votre nouvel estomac. Elle peut entraîner des brûlures d'estomac et une indigestion. Il est normal d'éprouver de légers symptômes pendant les six premières semaines. Éviter certains aliments pourra vous aider à prévenir la régurgitation. Mais si ce problème persiste et vous cause de la difficulté pour vous alimenter, contactez votre chirurgien.

### **41- Quand vais-je commencer à perdre du poids?**

La perte de poids est quasi-immédiate et chevauche avec la perte de poids induite par l'intervention. Les patients sortent de l'hôpital en ayant perdu 5 à 9 Kilos en moyenne en cas d'absence de complication. Après, la perte de poids s'accélère et est

plus importante les 3 premiers mois. Si vous mangez selon les recommandations et arrêtez lorsque vous êtes rassasié, la perte de poids sera graduelle en s'étalant sur 6 à 12 mois. La rapidité avec laquelle vous perdrez du poids peut varier de mois en mois et dépend de plusieurs facteurs dont la génétique, l'effort physique, le respect des consignes diététiques, la longueur de l'anse commune du bypass, le volume de la poche gastrique et la survenue de complication post-opératoire. La perte de poids devra être évaluée par votre chirurgien lors des consultations de suivi. On évalue de 1.5 à 2 ans, la durée nécessaire pour atteindre le poids définitif.

#### **42- Dans quelle mesure puis-je faire du sport?**

Marchez autant que vous pouvez sans trop vous fatiguer pour les six premières semaines. Par la suite, vous pourrez marcher 1½ à 3 kilomètres par jour. Achetez-vous un podomètre afin de voir si vous marchez suffisamment. Par la suite, vous devrez entreprendre un programme régulier d'activités physiques afin d'augmenter vos chances de perte de poids. Si vous avez eu la chirurgie OUVERTE, ne soulevez rien qui soit plus lourd que 5 Kg pendant les trois premiers mois.

Il a été prouvé qu'un effort modéré à intense de 30 à 40 minutes par jour tous les jours facilite la perte de poids et potentialise l'effet de l'intervention chirurgicale.