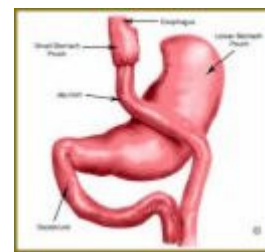


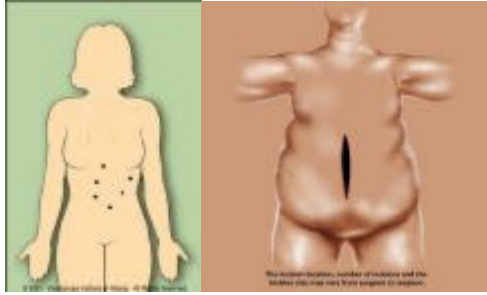
Le bypass gastrique



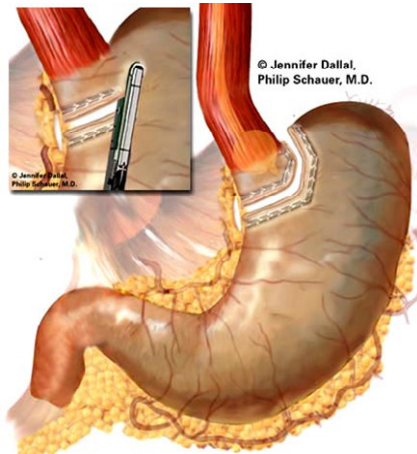
Par rapport à l'anneau qui transforme votre estomac en sablier, le by-pass permet d'avoir, en plus de l'effet restrictif de par la création d'une néo-poche gastrique, une diminution de la sensation de faim par une modification de l'axe hormonal gastro-hypothalamique (PYY, ghréline, ...). Un faible degré de malabsorption est observé chez certains patients. C'est à dire qu'en plus de la quantité d'aliments qui est limitée, le corps absorbera moins de calories. Mais, cela reste secondaire dans l'amaigrissement qui provient principalement de la diminution importante de la sensation de faim et de la modification du comportement alimentaire (évitement des solutés sucrés qui risquent d'entraîner un dumping syndrome).



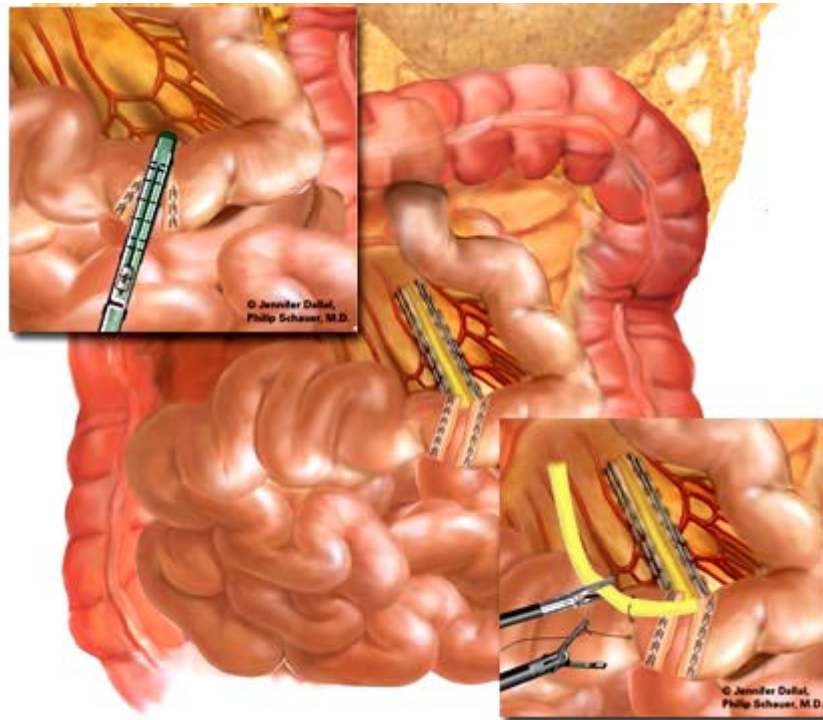
L'intervention se fait par voie coelioscopique. Bien que l'éventualité de recours à une grande incision (conversion en laparotomie) l'est pas nulle en cas de difficultés opératoires, il est estimé que les chances de finir l'intervention sous coelioscopie sont de plus de 95 %. Nous utilisons généralement entre 4 et 6 petites incisions de 5 à 12 mm de diamètre.



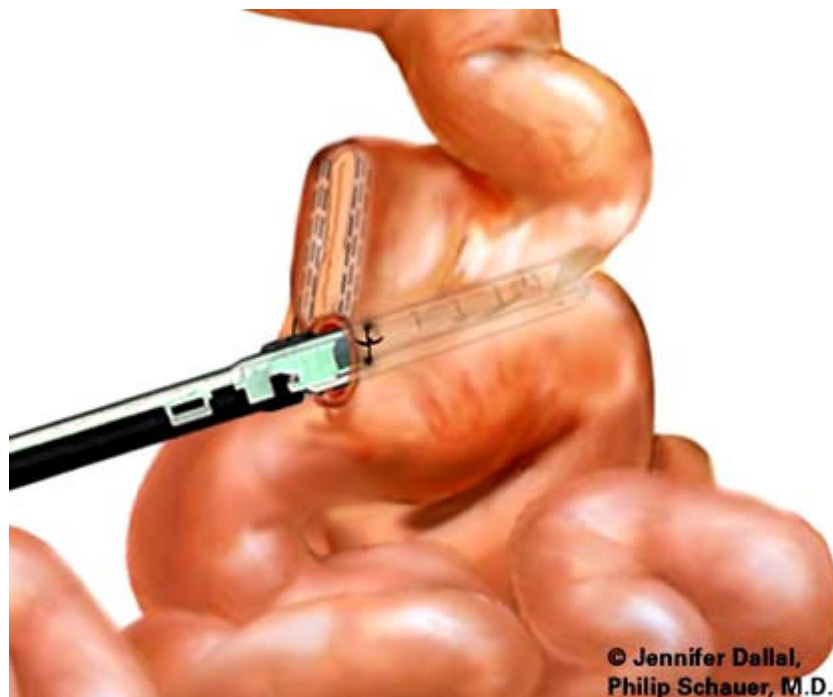
Les étapes de l'intervention sont schématiquement représentées dans ces figures. La première étape est la confection de la nouvelle poche gastrique réduite.



La deuxième étape est la section de l'intestin grêle 75 cm après la sortie de l'estomac.



La troisième étape est le rétablissement de la continuité digestive avec le raccordement de l'intestin sectionné à l'intestin grêle 150 cm plus loin. Ainsi, 75 cm d'intestin grêle de seront plus en contact avec les aliments et 150 cm d'intestin grêle ne seront plus en contact avec les sécrétions biliaires et pancréatiques.



La phase finale de l'intervention est le raccordement entre la nouvelle poche gastrique et l'intestin monté afin que le circuit soit complètement fonctionnel.



Tous les raccordements font l'objet de minutieux tests pour vérifier leur étanchéité et leur sécurité. Tous les espaces créés sont fermés par des fils non résorbables afin de réduire au maximum le risque d'incarcération intestinale ultérieurement.

Mais est-ce que pour autant cela veut dire que l'intervention est sans risque majeur ?

La réponse est NON. Il s'agit d'une opération majeure qui vise à guérir d'une maladie grave (l'obésité) et augmenter l'espérance de vie.

Ces complications peuvent dans les cas extrêmes aboutir au décès. Mais, ce risque est très réduit. Il est de 1 sur 200 au Etats-Unis. Il est nettement moindre en France vu les différences de population et la qualité des soins médicaux. Même s'il est nettement diminué, il n'est en aucun cas nul.

Les complications graves sont très rares et comportent l'hémorragie, l'abcès, la fistule anastomotique, les complications cardio-vasculaires et pulmonaires. L'aboutissement extrême serait une ré-intervention chirurgicale et un séjour en Soins Intensifs. Le risque de complications de ce genre est de moins de 5 % dans notre expérience à Poissy. Il faut savoir dans plus de 98 % des cas, les personnes opérées sont très satisfaites de l'intervention et du parcours hospitalier.



Pourquoi a-t-on moins faim après un bypass? La question peut paraître simple mais le mécanisme est complexe. En plus de l'effet restrictif de la poche gastrique créée, le circuit hormonal est modifié. La plupart des personnes opérées le confirment : la sensation de faim est profondément diminuée après cette opération. L'estomac exclu ne sécrète plus certaines substances (Ghréline, PYY-peptide) qui habituellement stimule l'appétit en agissant au niveau du cerveau (hypothalamus).

Y a-t-il des contraintes avec un bypass ?

Comme avec tout montage chirurgical complexe, il y a toujours des contraintes qu'il est utile de savoir pour les reconnaître et mieux les gérer.

Des ***blocages alimentaires*** peuvent se produire lors d'ingestion de nourriture trop rapidement, sèche (ex: jambon, viande,...) ou dans un contexte de stress ; ce qui provoque une douleur au niveau de sternum, des spasmes pouvant durer jusqu'à 20 minutes. Il y a deux possibilités soit vous évacuer la nourriture par l'extérieur, soit elle est digérée normalement. Il faut éviter de se mettre dans cette situation durant les trois premiers mois durant la convalescence post-opératoire afin de ne pas provoquer de complications au niveau de la cicatrisation interne. Ainsi, il est recommandé de respecter les consignes diététiques scrupuleusement durant les 3 premiers mois post-opératoires.

Le ***dumping syndrome*** est un malaise qui vous fait transpirer fortement, en provoquant une accélération des battements cardiaques, des sueurs froides, des céphalées, des vertiges, des bourdonnements d'oreille et une grosse fatigue. Il peut survenir soit quelques minutes après un repas soit 2 heures plus tard. Il faut se coucher pour se reposer pendant 30 à 45 minutes.

Ce phénomène est dû à une ingestion de matière dense en sucre, c'est assez désagréable, mais ça passe assez vite.

Néanmoins, il faut faire très attention, car s'il vous prend l'idée d'avaler un litre de Coca-Cola ou n'importe quelle autre boisson fortement sucrée, le malaise passager peut se transformer en perte de connaissance. Ce phénomène maîtrisé ne cause aucun problème. Mais, il peut servir de signal de rappel en cas de dérapage ou de grand écart alimentaire.

Les ***carences*** vitaminiques et en oligo-éléments sont possibles. En raison du montage chirurgical court-circuitant les 75 premiers centimètres de l'intestin grêle, le corps risque de ne pas récupérer totalement les vitamines, et les sels minéraux nécessaires à son bon fonctionnement. On arrive à avoir des carences, mais cela n'est pas systématique. Il est ainsi impératif de suivre à la lettre les consignes diététiques et les bilans de surveillance régulière que vous communiquera votre chirurgien. Certains ***effets secondaires*** peuvent survenir néanmoins, mais ils varient en fonctions des personnes. Généralement durant le suivi, votre chirurgien peut vous donner des conseils pour les éviter : carences (Fer, B6, B12,...),

vomissements, chute des cheveux, fatigue générale, baisse de tension, déprime, diarrhées, constipation.

Les **médicaments** gastro-toxiques, comme les anti-inflammatoires en cachet ou piqûre sont à éviter. Certains médicaments verront leur absorption modifiée par le bypass (pillule, hormones, anticoagulants, ...). D'autres traitements seront à arrêter puisque les maladies d'origine auront disparu (diabète, hypertension artérielle, arthrose, apnée du sommeil, etc...). Il ne faut pas hésiter pour demander à votre chirurgien de faire une lettre à votre généraliste pour des précisions concernant les traitements que vous suivez. Vous avez habituellement 4 ou 5 petites cicatrices sur l'abdomen, qui sont fermées par des agrafes, des fils non résorbables (qu'il faut faire retirer) ou des fils résorbables (qui partent tous seuls). Le matériel utilisé dépend de votre âge, de l'épaisseur de votre peau et des habitudes du chirurgien.

La période post opératoire

1- Les cicatrices :

Les pansements peuvent être changés un jour sur 2. Mais à partir du 4^{ème} jour et en l'absence de complication, il n'y aura plus besoin d'utiliser un pansement, les cicatrices étant laissées à l'air libre.

2- La ré-alimentation :

Votre hospitalisation a duré en moyenne 4 à 5 jours. A votre sortie, vous devez manger liquide pendant 10 à 15 jours (eau, thé, soupe...). Puis vous devez manger une nourriture moulinée pendant deux à trois semaines. Au-delà du premier mois post-opératoire, vous pouvez commencer à élargir votre alimentation en augmentant sa consistance, et en la mastiquant bien. Je vous conseille de mixer ou mouliner la viande pendant un à trois mois en fonction de la tolérance.

3- Les fils de suture :

Vous pouvez faire retirer les fils non résorbables ou les agrafes entre le 12^e et le 15^e jour après l'intervention. Mais, en général, dans notre service, nous utilisons surtout des sutures intradermiques avec des fils résorbables. Vous pouvez prendre des douches à partir du 4^{ème} jour post-opératoire; nettoyez les cicatrices avec du savon de Marseille, sans frotter. Attendez encore une quinzaine de jour avant de prendre des bains.

4- Conseils diététiques :

Le premier mois vous permet de vous habituer à votre nouveau circuit digestif. Il est conseillé de manger très lentement, bien mâcher les aliments, éviter de boire pendant les repas et éviter toute boisson gazeuse. La petite poche gastrique est en cours de cicatrisation. Il faut éviter de trop la solliciter pendant cette période qui dure 6 semaines :

- Fractionnez vos prises alimentaires en trois repas (et, éventuellement, une ou deux collations) ;
- variez votre alimentation ;
- ne mangez que des petits morceaux ;
- mastiquez longuement, déglutissez plusieurs fois ;
- prenez le temps d'apprécier votre repas. N'oubliez pas que la digestion commence dans votre bouche ;
- à l'apparition d'une sensation de satiété, cessez impérativement de manger ;
- soignez votre dentition.

Si vous vomissez épisodiquement :

- Soit vous avez trop mangé
- Soit vous avez mangé trop vite
- Soit vous avez mangé de trop gros morceaux
- Soit vous n'avez pas assez mâché
- Soit vous avez avalé trop vite.

Si vous vomissez plus de 3 fois de suite :

- Soit qu'il y a une occlusion intestinale ;
- Soit qu'il y a un ulcère de la poche gastrique ;
- Soit qu'il y a une autre cause médicale à traiter.

Ainsi, CONSULTER RAPIDEMENT VOTRE CHIRURGIEN.

N'oubliez pas que l'effort physique régulier (30 à 40 minutes d'effort modéré à intense tous les jours) aide à accentuer la perte de poids en augmentant l'efficacité de l'opération.



Journée alimentaire type après le premier mois.

1- Petit déjeuner.

a - Du thé plutôt que du café, plus une protéine végétale et une protéine animale.

b - Protéines végétales : Soit du pain ou, s'il passe mal, ce qui n'est pas rare après une gastroplastie, des biscottes. Soit des céréales (riz soufflé, blé soufflé...)

c - Protéines animales : Soit un yaourt nature plutôt que du lait. Soit un œuf coque ou dur (attention si vous avez un taux de cholestérol élevé).

2- Première collation à 10 heures :

Un fruit frais de saison, cru, entier, mûr et épluché. Si ce fruit ne passe pas, buvez-le fraîchement pressé.

3- Déjeuner

a - Crudités si possible : Prenez plutôt une crudité simple qu'une crudité composée, avec en assaisonnement du sel de mer, un jus de citron frais ou du vinaigre de cidre, de l'huile vierge de première pression à froid en variant vos huiles, des aromates fraîches, des herbes fraîches, des oignons, de l'ail, des échalotes...

b - Protéines animales (peu cuites et à basse température) :

- *Poissons* : privilégiez les poissons gras principalement pour des problèmes cardiaques, la consommation régulière de poissons gras réduisant les risques de maladies cardio-vasculaires. L'idéal de la cuisson du poisson est à la vapeur 5 à 10 minutes, mais également court-bouillon, poché, poëllé, grillé, en papillotes.
- *Viandes* : (après une gastroplastie, il n'est pas rare qu'elles ne passent pas bien) Privilégiez les coupes maigres de viande.
- *Volailles* : sans la peau, lapin fermier, grillés, rôtis ou poëllés.
- *Œuf* : coque ou dur.
- *Jambon* : à la coupe cuit, dégraissé et découenné.

c-Légumes (si vous avez encore faim !) : Légumes verts frais cuits à la vapeur douce ou à l'étouffée.

d-Compote ou fruit cuit : Compote maison sans sucre ajouté cuite à minima ou sorbet peu sucré.

4- Deuxième collation à 16 heures :

Soit un yaourt nature. Soit un jus de fruit frais.

5-Dîner :

Il doit être pris le plus tôt possible, idéalement 3 heures avant le coucher. Il doit être pauvre, maigre, utilisant des protéines végétales plutôt que des protéines animales, les protéines végétales étant plus faciles et plus rapides à digérer.

a - *Crudités* ou un légume vert cuit éventuellement sous forme de bouillon de légumes (pomme de terre, carottes, navets et autres légumes mixés ...)

b - *Protéines végétales* : L'idéal est l'association d'un légume sec (lentilles, fèves, graines de soja, flageolets, haricots blancs, haricots rouges, pois secs) et d'une céréale complète ou semi-complète (riz, pâtes, semoule, blé ou pain).

c - Compote ou fruit : Si vous avez toujours faim, une compote sans sucre ajouté ou allégée en sucre ou un fruit cuit.

Est-ce qu'une grossesse est possible après gastroplastie ?

Une grossesse est possible, mais quelques précautions sont nécessaires. Il faut cependant, attendre la fin de la période d'amaigrissement, qui dure environ 2 ans, avant de réaliser une grossesse. Il est indispensable de faire un bilan complet avant de tomber enceinte. Ce bilan comporte une consultation avec votre chirurgien, un bilan endocrinologique et nutritionnel complet, un dosage de la densité osseuse et un rendez-vous de consultation avec le gynécologue de l'équipe multi-disciplinaire d'obésité de l'établissement. S'il existe des déficits en vitamines ou autres éléments au niveau du sang, il faudra les compenser avant la grossesse. En cas de bypass, il faudra, de plus, augmenter les apports en vitamines, en fer et en folates.

La chirurgie reconstructrice et le bypass :

Après toute gastroplastie et surtout après bypass gastrique, il est conseillé lors de l'amaigrissement, de pratiquer une activité sportive modérée au début, puis croissante, afin de développer progressivement la masse musculaire pour que le relâchement cutané ne soit pas trop visible.

De plus, une bonne hydratation de la peau (crèmes de pharmacie non parfumées, ultra hydratantes) augmente la tonicité de la peau, et limite sa flaccidité.

Malgré toutes ces précautions il arrive fréquemment que l'amaigrissement provoque une satisfaction pour le patient dans sa vie quotidienne, lorsqu'il est vêtu et que par contre l'image de soi dans la nudité provoque une déception, car le patient ne se reconnaît plus dans un corps flasque et ramolli.

Ceci peut avoir de lourdes conséquences sur la vie privée des patients qui sont parfois découragés et qui ont « honte » de certaines parties de leur corps.

La chirurgie plastique dite reconstructrice peut intervenir dans ces cas afin de retirer l'excédent cutané, de lipo-aspirer les résidus gras, et de remodeler le corps.

Deux conditions sont nécessaires avant toute intervention : la stabilité pondérale relative (à 5 ou 6 kilo près) et l'arrêt total du tabac afin de réduire les risques de nécrose.

1- La plastie abdominale

Elle reconstruit la paroi musculaire, la paroi cutanée, remodèle le pubis parfois tombant, et peut se prolonger en « body lift » recto verso.

Cette intervention doit être très contrôlée, et une stricte prévention des phlébites et des embolies pulmonaires doit être effectuée.

La durée opératoire est de 2 heures environ, 3 jours d'hospitalisation, 15 jours d'arrêt de travail ou de repos, en fonction de la pénibilité de l'activité professionnelle.

Le port d'une gaine est conseillé pendant 1 à 2 mois. Le résultat est visible au bout d'un mois et les cicatrices sont estompées au bout de 2 ans.

Cette intervention peut être prise en charge par la sécurité sociale si la peau de l'abdomen recouvre le tiers du pubis.

2- La chirurgie des seins

En cas de ptôse et hypertrophie des seins, une plastie mammaire réduisant le volume résiduel est possible, parfois uniquement pour remonter la poitrine.

Les cicatrices sont dites en « ancre de marine » ou en « T inversé ». Elles sont cachées dans le sillon, autour de l'aréole et descendent verticalement sous l'aréole.

Les patientes retrouvent ainsi leur féminité avec des seins « qui se tiennent » et peuvent parfois se passer de soutien gorge.

3- La chirurgie des membres

En cas de ptôse des bras et cuisses, les liftings redonnent un galbe aux membres en plaçant les cicatrices dans le creux des aisselles ou de l'aîne.

S'il y a trop de peau, il est possible de faire descendre la cicatrice verticalement le long des membres.

Ces interventions peuvent aussi, sous réserve d'une entente préalable, faire l'objet

d'une éventuelle prise en charge par la sécurité sociale. **U**n bon *suivi médical* pendant les premières années est primordial pour bien encadrer la réussite de l'amaigrissement. Un programme des visites régulières avec votre chirurgien ainsi que la liste des médicaments et des examens de sang et radiologiques à effectuer vous seront communiqués par votre chirurgien à votre sortie de l'hôpital. En général, la première année il faut voir son chirurgien tous les 3 mois ; ensuite, on peut se contenter de le voir tous les 6 mois. Il faut surveiller attentivement les carences ou troubles pouvant survenir durant toute la période d'amaigrissement et la stabilisation.

La perte de poids peut s'étaler de 12 à 18 mois suivant le patient, avant d'atteindre le poids idéal après un bypass. Mais il ne faut pas perdre espoir ; il y aura sûrement des paliers, le corps s'affinant au fil du temps.

Enfin, quelques réflexions relevées sur les sites d'échange entre personnes obèses concernant cette aventure humaine très touchante. Le mot de la fin ainsi que tout ce travail sont à vous :

« ... **L**'espoir je l'avais perdu avant de me faire opérer, maintenant je retrouve une nouvelle force qui me motive, une énergie qui émane de moi... ».

« ... **A**ujourd'hui, je commence une nouvelle vie et une nouvelle façon de vivre. Je souhaite que tous ceux qui souffrent en silence à cause de l'obésité puissent cette force au plus profond d'eux même pour avoir le courage, la volonté et la détermination de lutter contre cette maladie qu'est l'obésité.... ».

« ... **A**rrêtez de vous culpabiliser en vous disant que cette méthode est une forme de facilité. Tout le monde se souvient des régimes "yo-yo", des efforts surhumains que l'on doit mettre en oeuvre pour perdre 5-6 kilos, de la souffrance que l'on ressent au fond de soi, de l'échec psychologique que l'on subit au quotidien. Le déclic ne pourra venir que de vous... ».

« ... **O**n ressent l'heure du changement au plus profond de soi, une sérénité nous habite, une fois cette décision prise, il y a encore du chemin à faire, mais votre bataille est sur le chemin de la victoire... ».