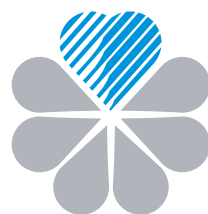


# LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

Hôpital Européen de Paris  
Aubervilliers



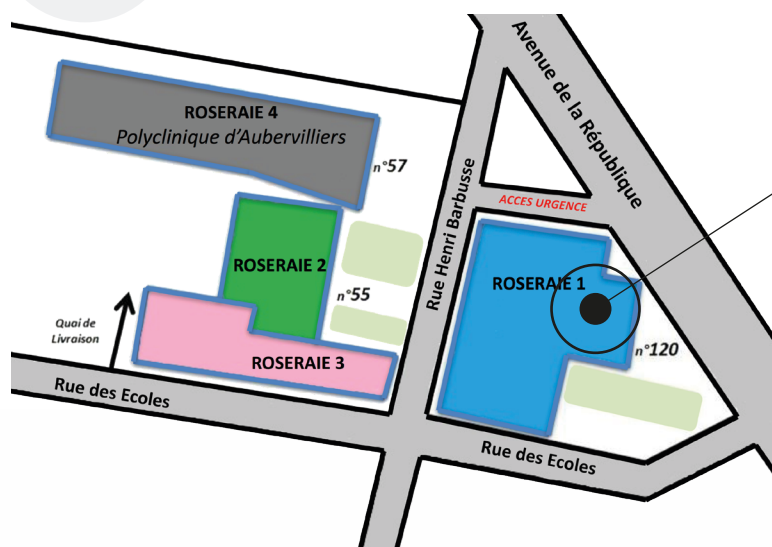
**GVM**  
CARE & RESEARCH



# BIENVENUE

## à l'Hôpital Européen de Paris - GVM

Ce livret contient des informations concernant la prise en charge de la chirurgie de l'obésité, au sein de l'Hôpital Européen de Paris -GVM.



ÉTAGE	BÂTIMENT 1
8 <sup>e</sup>	
7 <sup>e</sup>	
6 <sup>e</sup>	Direction Générale
5 <sup>e</sup>	Chirurgie Ambulatoire
4 <sup>e</sup>	Chirurgie Orthopédie et Neurochirurgie
3 <sup>e</sup>	Chirurgie Générale
2 <sup>e</sup>	Cardiologie Médicale
1 <sup>er</sup>	Réanimation polyvalente USC/USIC
RDC	Accueil Admissions Standard Urgences
1 <sup>er</sup> SS	Bloc chirurgical Coronarographie Salle de surveillance post-interventionnelle
2 <sup>e</sup> SS	Radiologie conventionnelle Scanner Stérilisation centrale



# SOIGNER

# RESPECT

# ACCOMPAGNER

# RESPONSABILITÉ

# QUALITÉ

**ENSEMBLE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE!**

## L'obésité

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **l'obésité est définie comme un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes pour la santé.**

La proportion de personnes obèses s'est accrue au cours des 30 dernières années. En 2014, plus de 1,9 milliards d'adultes étaient en surpoids et 600 millions obèses. On observait **2,8 millions de décès dans le monde en relation avec l'obésité (OMS).**

**L'obésité est un facteur de risque majeur pour certaines maladies ou complications :** les maladies cardiovasculaires (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux), le diabète, l'hypertension, la lithiase vésiculaire, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles musculo-squelettiques (arthrose), certains cancers...



En pratique, l'obésité se définit à partir de l'indice de masse corporelle (IMC), qui se calcule en divisant le poids (kg) par la taille au carré (m<sup>2</sup>) :

**18,5 < IMC < 25 = Corpulence normale**

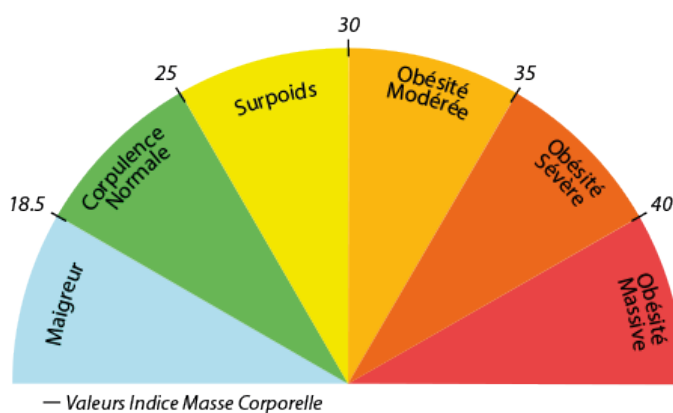
**25 ≤ IMC < 30 = Surpoids**

**30 ≤ IMC < 35 = Obésité modérée**

**35 ≤ IMC < 40 = Obésité sévère**

**IMC ≥ 40 = Obésité morbide**

La cause fondamentale de l'obésité est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées.



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

## La chirurgie de l'obésité



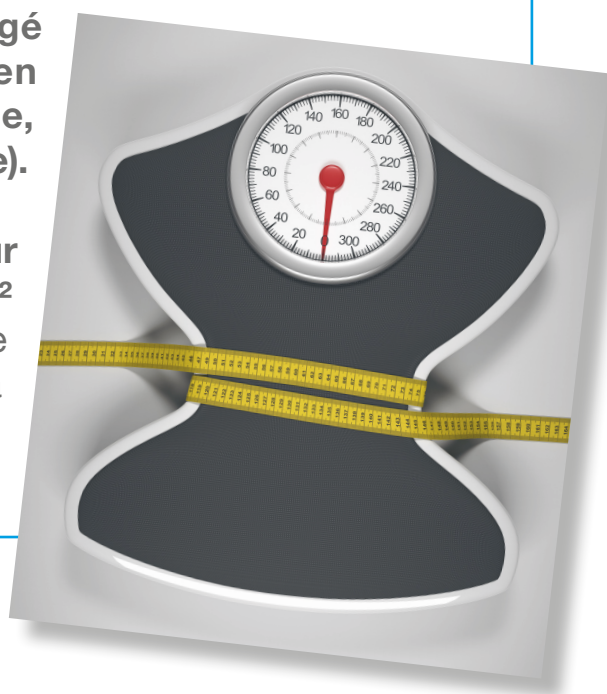
**Reconnue comme le seul traitement efficace et durable contre l'obésité, la chirurgie bariatrique a connu un développement important dans les dernières années.** Cependant, l'efficacité de cette chirurgie dépend aussi de la modification des habitudes alimentaires, de l'augmentation de l'activité physique et du suivi médical à vie.

L'intervention chirurgicale peut entraîner des complications et des difficultés au quotidien : des problèmes liés au montage chirurgical, des carences nutritionnelles, des difficultés liées à la modification de l'image corporelle et des relations avec les autres. La mortalité liée à la chirurgie de l'obésité n'est pas nulle. Néanmoins, elle reste inférieure à 1% (HAS).

La prise en charge chirurgicale de l'obésité suit les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

**Le traitement chirurgical ne peut être envisagé qu'après l'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 à 12 mois (avec suivi diététique, activité physique et prise en charge psychologique).**

**La chirurgie bariatrique est recommandée pour les patients dont l'IMC est supérieur à 40Kg/m<sup>2</sup> ou entre 35 et 40Kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (HTA, syndrome d'apnée du sommeil, diabète, maladies ostéo-articulaires...).**



# LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ : MON PARCOURS DE SOINS

## La préparation

1

Consultation avec un médecin expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité

*Indication chirurgicale*

2

Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire

3

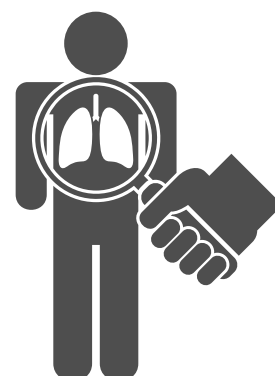
Hospitalisation ou examens en externe

Bilan de santé



## Bilan respiratoire

- ▶ **Des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)**, pour évaluer la fonction respiratoire. On souffle dans un tube pour mesurer différents paramètres qui sont traités par un ordinateur, puis comparés à la norme.
- ▶ **La polysomnographie**, pour dépistage des apnées du sommeil.



## Bilan cardiaque

L'obésité peut retentir sur le cœur. Il est important avant l'anesthésie d'effectuer un bilan cardiaque

- ▶ Électrocardiogramme, pour analyser le rythme du cœur à la recherche d'une maladie cardiaque, cet examen dure 5 minutes et n'est pas douloureux.
- ▶ Echographie cardiaque, cet examen permet d'examiner le cœur et sa fonction à l'aide d'une sonde à la surface du thorax. Cet examen dure 30 minutes et n'est pas douloureux.
- ▶ Consultation de cardiologie



## Bilan digestif

- ▶ Fibroscopie gastrique, pour explorer l'œsophage, l'estomac et le duodénum. Cet examen est fait par un gastro-entérologue sous anesthésie. (durée 20 minutes)
- ▶ Echographie hépatique et biliaire cet examen se fait à l'aide d'une sonde qui permet de visualiser l'aspect de votre foie et votre vésicule, examen non douloureux d'une durée de 15 minutes.



## Bilan sanguin

- ▶ Bilan sanguin, à la recherche des complications de l'obésité (diabète, excès de cholestérol, perturbations du foie et éventuelles carences en vitamine) et dans les 48 h avant intervention, à la recherche systématique d'une grossesse chez les femmes en période d'activité génitale, en réalisant un dosage de beta-HCG plasmatique.



## Bilan nutritionnel

- ▶ Entretien avec la diététicienne, avec l'objectif de mieux connaître vos habitudes alimentaires et de vous informer sur l'impact que la chirurgie aura sur votre alimentation quotidienne.



## Bilan psychologique et/ou psychiatrique

- ▶ Entretien avec un psychologue et/ou psychiatre, dont le but est d'aborder au mieux l'intervention et ses suites, vos attentes, vos motivations et la survenue d'éventuelles difficultés. Au regard que la chirurgie a un impact considérable sur la vie personnelle et relationnelle.



Consultation avec le médecin spécialiste, à la fin du bilan

- ✓ N'oubliez pas d'apporter tous les résultats !
- ✓ Pensez à toutes les questions que vous souhaitez poser !

## Réunion de concertation pluridisciplinaire

- ▶ La décision d'intervention doit être prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire. Au terme de votre parcours, l'équipe qui vous a pris en charge se réunit pour discuter de votre dossier.
- ▶ Vous êtes informés, ainsi que votre médecin traitant, des conclusions de cette réunion.
- ▶ En cas de validation, une date opératoire est fixée avec le chirurgien et vous êtes invité à vous présenter à la consultation d'anesthésie.

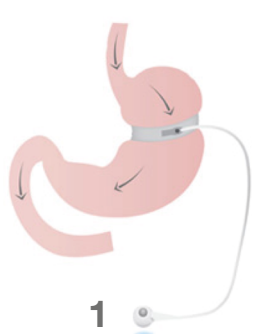


Hospitalisation

Chirurgie

Le traitement chirurgical de l'obésité n'est envisageable que dans certaines conditions, après un bilan préopératoire extensif, à l'issue duquel il est possible de choisir parmi les différentes interventions (HAS) :

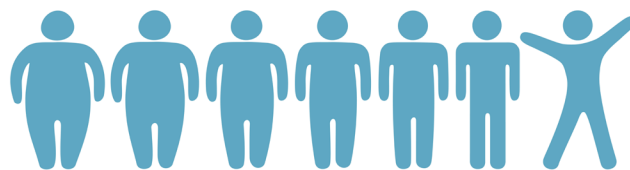
- ▶ **L'anneau gastrique (image 1)** – technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.
- ▶ **La sleeve gastrectomie (image 2)** – technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant d'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.
- ▶ **Le bypass gastrique (image 3)** – 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. Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
- ▶ **La dérivation biliopancréatique (image 4)** – technique restrictive et malabsorptive complexe qui permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin. Cette technique est réservée aux patients avec  $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$  et/ou après échec d'une autre technique.



## Le séjour en chirurgie

- Vous serez hospitalisé dans le service de chirurgie, généralement la veille de l'intervention. L'anesthésiste vous précisera la durée du jeun à respecter avant l'intervention chirurgicale. La durée de l'opération est variable selon le type d'intervention (elle varie entre 1h et 3h).
- En moyenne, le séjour en chirurgie est de 4 à 6 jours.
- Après l'intervention, vous serez installé en salle de réveil pour une durée de quelques heures puis vous serez transféré dans votre chambre, où vous serez surveillé de près par l'équipe soignante.
- Comme toute intervention, les suites opératoires peuvent être douloureuses. Des médicaments contre la douleur vous seront administrés.
- Un examen radiologique (TOGD – transit oeso-gastro-duodénal) sera réalisé dans les jours qui suivent l'intervention pour contrôler le résultat.
- Les professionnels de santé vous donneront les détails sur la reprise et l'évolution de votre alimentation pendant l'hospitalisation.
- Après l'intervention, vous mangez des aliments dont la consistance est modifiée: d'abord liquide, puis sous forme de purée.





Chez la plupart des patients, la perte de poids va se faire essentiellement au cours de la première année. Elle se stabilisera en général au bout de 12 à 18 mois (HAS).

### Après la chirurgie, vous devez toute votre vie :

- ✓ Conserver vos nouvelles habitudes alimentaires et pratiquer une activité physique régulière.



### De nouvelles habitudes alimentaires !

- ▶ Ingérer de petites quantités à chaque repas et mastiquer lentement
- ▶ Prendre vos repas assis et dans le calme
- ▶ Arrêter de manger dès les premiers tiraillements digestifs et dès que vous n'avez plus la sensation de faim
- ▶ Ne pas boire en mangeant (mais suffisamment entre les repas)
- ▶ Manger équilibré et varié pour éviter les carences nutritionnelles
- ▶ Conserver un apport suffisant en protéines
- ▶ Éviter les boissons gazeuses, les boissons sucrées, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras



- ✓ Être suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire, en liaison avec votre médecin traitant.



- ▶ Évaluer votre perte de poids
- ▶ Dépister d'éventuels carences en vitamines, minéraux ou protéines
- ▶ Adapter, si besoin, vos traitements
- ▶ Rechercher des complications de la chirurgie pouvant survenir à distance de l'intervention
- ▶ Rechercher des difficultés psychologiques secondaires aux changements entraînés par la chirurgie
- ▶ Préparer une grossesse
- ▶ Envisager une chirurgie reconstructrice

En l'absence de modifications du mode de vie (comportement alimentaire, activité physique) et de suivi médical à vie, vous risquez de reprendre du poids et vous vous exposez au risque de complications.



### **Les complications à dépister**

Les complications sont rares. Certaines peuvent survenir dans les semaines suivant l'intervention, d'autres des années plus tard (HAS, ICAN).

#### **Les signes devant vous amener à consulter en urgence :**

- ▶ Des palpitations (pouls à plus de 120 pulsations par minute)
- ▶ Un essoufflement récent, une gêne respiratoire
- ▶ Une fièvre inexpliquée
- ▶ Une sensation de malaise récente et intense
- ▶ Des douleurs dans le ventre, dans le dos ou l'épaule
- ▶ Des vomissements répétés, une impossibilité de boire ou de manger, des diarrhées, un hoquet qui persiste
- ▶ Des fourmillements, un déséquilibre, des troubles visuels, des troubles de mémoire
- ▶ Des éventuels problèmes psychologiques
- ▶ Toute modification récente de votre état qui vous inquiète



## QUELLE PERTE DE POIDS APRÈS LA CHIRURGIE ?

Selon l'étude de référence (SOS study), la perte de poids maximale à un an est en moyenne de 35% après un bypass et 25% avec l'anneau. Vingt ans après la chirurgie, la perte de poids est d'environ de 35% avec l'anneau et de 25-30% avec le bypass.



La perte de poids obtenue après une sleeve suit la même évolution que celle des autres interventions (perte de poids maximale à 12 - 18 mois environ, reprise modéré ensuite, puis stabilisation).

Les résultats varient d'un individu à l'autre, il est donc primordial de mettre en pratique les conseils des professionnels rencontrés.

## MON PLANNING DE SOINS À REMPLIR

MES ETAPES	DATES
1 <sup>ère</sup> consultation avec votre chirurgien	...../...../..... A .....H.....
Bilan sanguin	...../...../..... A .....H.....
Consultation diététique ou nutritionniste	...../...../..... A .....H.....
Polysomnographie	...../...../..... A .....H.....
Echographie cardiaque	...../...../..... A .....H.....
Echographie abdominale	...../...../..... A .....H.....
Consultation psychologue ou psychiatrique	...../...../..... A .....H.....
Epreuve d'effort	...../...../..... A .....H.....
Consultation d'anesthésie, Fibroscopie	...../...../..... A .....H.....
Consultation avec le chirurgien post examen	...../...../..... A .....H.....



## MON PLANNING POST-OPÉRATOIRE :

A 1 mois	DATES
consultation avec votre chirurgien post-opératoire	...../...../..... A .....H.....
A 3 mois	
Consultation diététique	...../...../..... A .....H.....
Bilan sanguin	...../...../..... A .....H.....
Consultation psychologue ou psychiatrique	...../...../..... A .....H.....
Réunion de suivi annuelle	
A 6 mois	...../...../..... A .....H.....
A 12 mois	...../...../..... A .....H.....
A 24 mois	...../...../..... A .....H.....
A 36 mois	...../...../..... A .....H.....

## APRÈS LA CHIRURGIE: LA DIÉTÉTIQUE

### Votre alimentation en 4 étapes :

**Etape 1 :** boissons, yaourt, compote

**Etape 2 :** repas consistance mixée

**Etape 3 :** élargissement de la consistance des repas pour aboutir progressivement à une texture normale

**Etape 4 :** à partir 3<sup>ème</sup> mois, repas texture normale



L'intervention dont vous avez bénéficié exige certaines précautions dans les mois à venir. En effet votre estomac étant réduit, vous devez diminuer les quantités d'aliments que vous allez ingérer. Le régime à plusieurs objectifs, permettre à votre estomac de cicatriser sans être distendu par la nourriture, vous habituez à manger des petites quantités de nourriture pour mieux digérer et ainsi faciliter la perte de poids et éviter les complications.

**Fractionner les repas**, mangez souvent, peu à la fois. Le nombre de repas sera supérieur à ou égal à 6. Mangez assis, lentement et dans le calme, mastiquez bien vos aliments. Ne buvez pas en mangeant, buvez en dehors des repas par petites quantités des boissons non gazeuses et non sucrées, évitez les boissons alcoolisées. Eviter de boire et de manger glacé, gras ou sucré car il y a un risque de dumping syndrome (maaises, vertiges, diarrhées), le dumping syndrome est souvent lié aux erreurs diététiques.

## **VOS ENGAGEMENTS :**

- **vous vous êtes engagés pour un suivi qui comporte :**

- Une éducation thérapeutique auprès de votre diététicienne
- Une consultation régulière auprès de votre chirurgien

- **Mais aussi**

Au respect des règles alimentaires recommandées par votre chirurgien et votre nutritionniste/diététicienne.

**Ce suivi conditionne le succès de votre intervention**



# SE FAIRE OPÉRER, C'EST S'ENGAGER !



## NUMÉROS UTILES

Standard: 01 48 39 45 00

Admissions: 01 48 39 40 02

Urgences: 01 48 39 42 37/ 42 62

Service de chirurgie générale: 01 48 39 43 60

Consultation d'anesthésie: 01 48 39 44 57

Dététicienne: 01 48 39 41 92

# UN PARTENARIAT DE QUALITÉ !



Hôpital Européen de Paris  
Aubervilliers

**GVM**  
CARE & RESEARCH

120, avenue de la République – 93308 Aubervilliers  
Tél. 01 48 39 45 00 – fax 01 48 34 22 33

