

Chirurgie bariatrique, chirurgie gastrique de l'obésité, anneau ajustable, by-pass, Sleeve

Ce texte vous est remis pour vous aider à comprendre la place que la chirurgie peut prendre dans la lutte contre l'obésité importante, ses avantages et inconvénients, les contraintes qu'elle suscite, ses complications possibles.

Ce texte ne se prétend pas exhaustif : il situe le problème. Vous pouvez- et vous devez- discuter de points plus précis, après en avoir pris connaissance, avec votre médecin, votre nutritionniste, le chirurgien, l'anesthésiste, etc....qui vous prendront en charge.

I. L'obésité est une surcharge de graisse.

Cette surcharge est due à l'inflation du stock graisseux du fait d'un déséquilibre entre les apports énergétiques et les dépenses de l'organisme, les apports dépassant les dépenses. Les apports sont exclusivement représentés par l'alimentation mais cela inclut, bien sûr, les boissons (sucrées, alcoolisées....).

Pourquoi ce déséquilibre ? D'abord et surtout du fait d'un excès : les apports sont trop abondants. C'est la cause majeure. Expliquer pourquoi certains individus « mangent trop » n'est cependant pas toujours chose facile : les habitudes alimentaires souvent acquises dans l'enfance, la compensation par l'alimentation de sensation de stress, d'un « malaise » personnel sont, néanmoins, les facteurs les plus souvent rencontrés. Mais le défaut qualitatif est aussi très souvent en cause. Plutôt que de « manger trop », ce sont des gens qui « mangent mal » : leur alimentation comporte trop de sucres et de graisses, pas assez de légumes verts, de crudités, de fibres végétales. Enfin, beaucoup grignotent, ce qui entretient une faim renouvelée et stimule le « stockage » des aliments dans le secteur graisseux. domaine, Il est vrai, et chacun a pu le constater autour de lui, que nous ne sommes pas tous égaux dans ce que nos organismes ne fonctionnent pas tous de la même façon : à quantité et qualité égales certains prennent du poids, d'autres restent maigres. Des facteurs familiaux, génétiques, sont certainement en cause, comme des facteurs personnels qui restent à élucider. Toutefois, et pour « injuste » que cela puisse être ressenti, cela ne change pas le fait que pour un organisme donné, la prise de poids résulte d'un excès d'apports par rapport aux dépenses de cet organisme. Enfin, il faut souligner que la sédentarité, l'absence d'activité physique de force, de pratique d'un sport favorise, par la baisse des dépenses de l'organisme, la constitution d'une surcharge pondérale.

II Qui est obèse ?

Plusieurs formules existent pour définir un poids idéal et, à partir de là, un taux ou un niveau d'excès de poids délimitant l'obésité. Une norme très utilisée, simple, est l'indice de masse corporelle (synonymes : Indice de Quetelet et en anglais *Body Mass Index* ou BMI).

On l'obtient en divisant le poids mesuré en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres :

$$\text{BMI} = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille x taille (en mètre)}}$$

L'obésité est définie, dans cette norme, par un indice supérieur à 30, l'obésité morbide par un indice supérieur à 40.

Le tableau ci-dessous expose cette norme illustrée d'exemples :

BMI		Exemples
20 – 25	Sujet normal	1m70 – 65 kg : $65/1,7 \times 1,7 = 65/2,89 = 22,50$
25 – 30	Surcharge pondérale	1m70 – 80 kg : $80/2,89 = 28$
30 – 40	Obésité	1m70 – 90 kg : $90/2,89 = 31$
> 40	Obésité morbide	1m70 – 130 kg : $130/2,89 = 45$
> 50	Super obésité	
> 60	Super super obésité	

III Conséquences de l'obésité.

Elles sont à la fois d'ordre psychosocial et de nature « physique ». L'impact psychosocial est souvent au premier plan. Au cours du vingtième siècle, en occident, la mode a banni les rondeurs du corps, à la différence d'autres époques et d'autres cultures. Les obèses en conçoivent souvent une image négative de leur propre corps. Paradoxalement, cette image négative peut être une cause d'aggravation de l'obésité, l'obèse compensant son chagrin d'être obèse en mangeant. L'obésité morbide perçue comme une monstruosité par le sujet, directement ou au travers du regard des autres, est parfois source d'exclusion sociale (difficultés pour trouver un emploi par exemple), de difficultés familiales, affectives.....

Sur le plan organique, la liste des complications souvent induites par l'obésité est importante.

Cela va de l'usure prématurée des cartilages, responsable d'arthrose, donc de douleurs, aux complications cardio-vasculaires, hypertension artérielle, risques élevés d'infarctus, risque plus élevé de cancers en passant par le diabète, des troubles respiratoires, le syndrome de Pickwick etc. de telle sorte que les risques d'une mort précoce sont nettement supérieurs chez les sujets au BMI supérieur à 40 que chez ceux dont le BMI est situé entre 20 et 30.

C'est pourquoi il est nécessaire de traiter les obésités morbides (encore appelées obésités massives).

Autant la réduction d'une surcharge pondérale, le traitement d'une obésité modérée relèvent du désir de se conformer à une mode ambiante, ou de « se sentir mieux dans sa peau », autant le traitement d'une obésité morbide relève d'une nécessité le plus souvent médicalement justifiée.

Plusieurs publications de haut niveau scientifique concernant des études de population importantes, comparant des sujets obèses – témoins (non opérés) et des obèses opérés (il s'agit surtout de by-pass) ont apporté la preuve que la réduction du poids obtenue par la chirurgie : diminuait significativement l'hypertension artérielle, le diabète et surtout réduisait considérablement, à court, moyen et long terme la mortalité de la population des opérés (par rapport aux témoins non opérés).

IV Comment se traiter ?

La modification des comportements ayant conduit à l'obésité est évidemment le traitement de choix : baisse globale des apports, changements qualitatifs, accroissement des dépenses, par une activité physique et/ou sportive. C'est simple à énoncer, beaucoup plus difficile à mettre en oeuvre et surtout à observer de façon durable. Si la mise en oeuvre et l'observance en étaient aisées, la chirurgie de l'obésité n'existerait pas. Néanmoins, malgré les difficultés, c'est la véritable voie de guérison. Elle passe toujours par un soutien médical, de nutritionniste, psychologique, par un soutien médicamenteux souvent.

Malheureusement, cette voie classique, nécessaire et indispensable est fréquemment marquée d'échecs, de rechutes. Des efforts importants, tendus, sont suivis d'abandons, de découragement conduisant en quelques semaines ou mois au retour des kilos perdus.

C'est l'échec de ces traitements « médicaux » qui a conduit à la recherche et au développement de procédés chirurgicaux, et ce depuis de longues années.

Actuellement, il est reconnu, et techniquement compris et expliqué, qu'au-delà d'une certaine

surcharge, de sa pérennisation pendant des années, et qu'à l'issue de tentatives, même sérieuses, bien suivies et efficaces de changement de comportement (perte de 20, 30, voire 50 kilos), une « simple » modification de comportement par un régime est condamnée à l'échec.

C'est l'effet yoyo classique : perte de poids, reprise supérieure dès le moindre relâchement des efforts.

Ainsi au-delà d'un certain seuil, seule une solution chirurgicale est de nature à casser ce cycle qui conduit à faire croître l'obésité de plus en plus. Cependant, et c'est essentiel, nous le verrons, l'opération ne « fait » pas tout. Une participation active, éclairée, prolongée, une surveillance médicale indéfinie sont indispensables pour assurer un bon résultat à long terme.

V Les interventions chirurgicales.

Les premières développées avaient pour objectif de contrarier ou d'empêcher l'absorption par l'intestin des aliments ingérés, agissant donc par une limitation de l'absorption et non par une réduction des apports. C'était, il y en eut plusieurs, des courts-circuits intestinaux. Seule une partie de l'intestin grêle restait en fonction. Comme si l'on avait enlevé la plus grande partie de l'intestin grêle (seule portion de l'intestin capable d'absorber les aliments, le côlon, ou gros intestin ayant – schématiquement – la fonction d'absorber de l'eau).

Ces opérations étaient efficaces, mais au prix d'une diarrhée quasi constante et surtout de complications fréquentes parfois très graves : calculs urinaires et vésiculaires, carences nutritionnelles et vitaminiques, complications hépatiques, parfois véritables cirrhoses...

Elles sont donc abandonnées comme interventions de première intention et uniquement pratiquées dans des situations particulières.

A partir des années 1970, on s'est orienté vers des opérations gastriques et non plus intestinales. Le principe était non plus d'empêcher l'absorption intestinale des aliments ingérés mais de réduire l'ingestion en diminuant le volume fonctionnel gastrique. De la sorte, outre une « limitation » de volume ingérable, survient précocement une sensation de satiété.

Ces opérations portent le nom de « gastroplastie ».

Horizontales, ou plutôt verticales, associées à un calibrage de l'orifice débouchant sur le reste de la paroi gastrique, utilisant des sutures par agrafage métallique mécanique, elles ont été largement pratiquées, y compris par laparoscopie.

Gastroplastie Verticale « Mason » (Mac Lean)



Efficaces, elles ont pour inconvénients, par rapport à la gastroplastie par cerclage par anneau ajustable :

pour l'opération de Mason :

- de perdre parfois leur efficacité du fait d'une disparition des agrafes redonnant un volume normal à

l'estomac, (défaut corrigé par une modification technique : opération de Mac Lean).

- de ne pas être calibrable, l'ouverture entre les deux segments d'estomac risquant d'être trop étroite ou trop large, ce qui en limite l'efficacité, le surpoids réapparaissant souvent après quelques années.

Pour toutes :

- de ne pas être réversible, ou difficilement, de comporter des sutures digestives, et donc un risque de mauvaise cicatrisation et ses complications.

La gastroplastie par anneau ajustable



Développée au début des années 1990, mise en place par laparoscopie la première fois en 1992, elle résulte d'une évolution conceptuelle des gastroplasties décrites plus haut.

Le cerclage se fait par un anneau de silicone doublé intérieurement d'un ballonnet gonflable, relié par un très fin tuyau à une chambre de remplissage que l'on place sous la peau. Ainsi, la partie haute de l'estomac, qui reçoit les aliments, est réduite à une petite poche de 15 à 20 ml.

Elle communique par un orifice étroit, et variable, ajustable grâce au gonflement du ballonnet, avec l'estomac sous jacent. Un faible volume de nourriture suffit à remplir la poche supérieure. La sensation de satiété est de constitution plus complexe et n'accompagne pas toujours le remplissage mécanique de cette poche gastrique.

La vidange de cette poche s'effectue lentement, de sorte que l'on ne peut, sans déclencher gêne, voire douleurs et vomissements, forcer l'absorption d'aliments. Mais il faut savoir que le « remplissage » rapide de la poche gastrique supérieur ne se traduit pas automatiquement, et chez tous les opérés, par une sensation de satiété. Celle-ci dépend, en effet, surtout aussi beaucoup de facteurs psychologiques.

Comment se passe l'opération ?

Une anesthésie générale est nécessaire. L'abdomen est gonflé par du gaz carbonique et 4 à 6 incisions de 5 ou 12 mm de long sont réalisées pour permettre l'introduction des instruments nécessaires à la dissection de la partie haute de l'estomac. Le chirurgien crée une sorte de tunnel en arrière de l'estomac, au contact de sa paroi, et y place l'anneau qui se clipse, une fois installé. Quelques points de nylon sont placés sur l'estomac pour éviter un déplacement de l'anneau.

Le cathéter qui relie le ballonnet gonflable de l'anneau à la chambre de remplissage est conduit sous la peau, dans l'une des incisions (située sous les côtes gauches ou sur le sternum). La chambre est fixée, l'intervention est terminée. Sa durée est de l'ordre de 60 à 90 minutes.

L'alimentation est reprise le jour même, ou le lendemain. La perfusion veineuse est enlevée 12 heures plus tard. Les douleurs sont minimales ou nulles. La sortie est autorisée entre le premier et le troisième jour post-opératoire.

Si les aliments « passent » très facilement, trop facilement, la perte de poids est faible ou nulle : le ballonnet doit être gonflé. Cela s'effectue dans un service de radiologie, par un radiologue expérimenté.

Le premier ajustement peut intervenir trois à quatre semaines après l'opération. Vous prenez rendez-vous directement en radiologie. Il ne faut pas viser une perte de poids trop rapide. La réduction de 60% de l'excès pondéral étalée sur une période de un an est un objectif réaliste et raisonnable.

Pendant toute cette période, l'opéré doit être suivi à la fois sur le plan psychologique et nutritionnel. C'est un élément fondamental du traitement : un soutien psychologique est souvent indispensable tant les bouleversements induits par les modifications alimentaires et la perte de poids peuvent être importants. Un suivi nutritionnel est indispensable, des carences étant possibles si le régime n'est pas parfaitement équilibré.

Si survient un blocage alimentaire complet ou des vomissements, des douleurs après l'alimentation, il faudrait consulter très rapidement (le jour même ou le lendemain) pour dépister une éventuelle complication et y remédier. Heureusement, ces cas sont l'exception et habituellement la perte de poids est progressive, régulière, spectaculaire et sans complication.

Des complications sont elles possibles ?

Certainement. Il ne s'agit pas d'une « petite » opération, réalisée facilement, aux conséquences toujours simples et faciles à accepter. La liste des complications, ennuis, inconforts possibles qui est dressée ci-dessous n'a pas pour objet de vous effrayer mais de vous informer aussi complètement que possible pour vous permettre de prendre une décision raisonnée, et pas sur « coup de tête ».

Pendant l'opération, peut survenir une hémorragie, c'est très rare, par plaie d'un vaisseau ou d'un organe (le foie) par un trocart. Une perforation de l'estomac, en créant un tunnel, est possible. Elle est réparée immédiatement mais sa survenue peut compromettre la mise en place de l'anneau, et risque d'être cause d'infection locale.

On peut échouer dans la mise en place de l'anneau, notamment parce que le foie peut être si volumineux qu'il empêche l'accès à la partie haute de l'estomac. Il a été décrit des complications dues à l'usage du gaz carbonique pour insuffler le ventre (voir la fiche spécifique sur la coelioscopie). Après l'opération, et malgré une prévention par injection d'anticoagulant, peut se produire une phlébite ou même une embolie pulmonaire.

Une infection sur une incision est possible ; très gênante si elle affecte l'incision recouvrant la chambre d'injection, elle peut nécessiter, en effet, son retrait.

L'opération est-elle vraiment réversible ?

En d'autres termes, peut-on retrouver une anatomie normale ? Oui, mais il ne s'agit pas toujours d'une opération simple. Parfois complexe, le retrait de l'anneau laisse souvent une zone fibreuse péri-gastrique qui complique une éventuelle chirurgie ultérieure. Surtout, l'expérience a montré que l'espoir des opérés de pouvoir se passer de l'anneau, une fois le surpoids perdu, espoir longtemps partagé par les chirurgiens, était totalement illusoire.

La chirurgie ne supprime pas les causes de l'obésité, elle en limite les effets. Aussi lorsque l'anneau est retiré la reprise de poids est quasi constante et aussi importante.

L'obésité doit être comprise comme une maladie d'addiction chronique, un peu comme l'alcoolisme, et un traitement limité dans le temps conduit toujours à une rechute.

Quels sont les résultats à long terme de l'anneau ajustable ?

Toutes les équipes disposant de dix ans d'expérience en la matière, et faisant l'effort de suivre leurs opérés à long terme ont constaté que l'anneau ajustable n'assurait de bons résultats que chez 10 à 20% des opérés, entre 5 et 10 ans.

Déjà, au moins 20% des patients sont réopérés pour une complication liée au matériel : fuite sur le ballonnet, déplacement de la chambre sous cutanée, infection du dispositif, érosion de l'estomac

(l'anneau transperce la paroi gastrique), et surtout dilatation de la poche gastrique supérieure avec bascule de l'anneau (aussi appelé slippage, d'un terme anglais).

Ensuite, et c'est fréquent, nombre d'opérés se lassent de faire réaliser les ajustements nécessaires, leur volonté s'essouffle, ils reprennent peu à peu leurs habitudes alimentaires. Certains, en forçant lors des repas sur les quantités, dilatent leur poche gastrique supérieure. Bien sûr, tout cela est moins fréquent lorsque les opérés sont suivis régulièrement par un psychologue, un nutritionniste, un généraliste. Mais c'est une des caractéristiques psychologiques des obèses, précisément, que d'être « essoufflé » par cette surveillance prolongée.

Si bien que l'on sait ne pas pouvoir compter raisonnablement sur les promesses de compliance (respect des contraintes) faites avant l'opération, au moment où la motivation de perdre du poids est très forte.

Enfin, et nous le voyons maintenant souvent, même chez ceux qui ont maintenu un poids normal ou proche de la normale, qui ont été bien suivis, qui restent très motivés, une complication tardive apparaît : l'anneau, remplissant toujours son office, en bonne place, c'est l'œsophage lui-même qui se dilate, devient un véritable réservoir d'aliments, de salive. Cela est responsable de régurgitations, de remontées dans la gorge, désagréables et dangereuses (complications respiratoires possibles). De telle sorte que l'on est conduit à enlever l'anneau. Et à faire une sleeve ou un by-pass (voir plus loin).

Or le fait qu'il y ait eu un anneau compliqué – parfois fortement – la réalisation d'une autre opération, du fait de la fibrose qui entoure l'anneau et qui remanie l'anatomie locale, et la texture des tissus.

C'est la raison pour laquelle, en pratique, nous avons abandonné la pose d'anneau péri-gastrique : opération techniquement aisée, rapide, séduisante, elle est grevée de trop de complications et de trop d'échecs, et n'est pas anodine, compliquant la réalisation d'une intervention ultérieure.

L'évolution, dans ce domaine, a été rapide ces cinq dernières années ; jusque là l'anneau était surtout contre indiqué chez : les super obèses (BMI supérieur à 50), ceux qui sont sujets à des accès pseudo boulimiques, les obésités très anciennes, chez des patients situés entre 55 et 65 ans.

Les opérations actuellement pratiquées



L'opération la plus largement acceptée est le **by-pass gastrique**. Elle associe deux mécanismes favorisant la perte de poids : la réduction des quantités alimentaires ingérées (en réduisant le volume de l'estomac, transformé par agrafage mécanique en une

poche de 40 à 60 ml), et la malabsorption en raccourcissant la longueur de l'intestin grêle recevant à la fois des aliments (issus de l'estomac) et les sécrétions bilio-pancréatiques (venant du duodénum, déconnecté de l'estomac). C'est en Amérique du Nord l'opération contre l'obésité la plus courante ; elle a été réalisée chez des millions d'américains.

Elle procure de bons résultats à long terme, avec des pertes de poids considérables et stables, le taux de succès à 10 ans étant de l'ordre de 80%.

Mais elle est, évidemment, plus « lourde » pour l'organisme qu'une pose d'anneau. Elle comporte des sutures gastriques et intestinales, sources potentielles de défaut de cicatrisation (fistule) et donc d'infections post opératoires, toujours graves. De sorte que la mortalité post opératoire, pratiquement nulle pour l'anneau, est située entre 1 et 3% pour le by-pass. Des occlusions de l'intestin grêle (par piégeage de segments d'intestin autour du montage de dérivation de l'estomac) sont également des complications classiques. A long terme sont aussi possibles des hémorragies par ulcères à la jonction de l'estomac et de l'intestin (que l'on peut prévenir en prenant indéfiniment un comprimé par jour d'un médicament supprimant l'acidité gastrique, classe des IPP).

A long terme cette opération exige une surveillance médicale pour corriger les défauts en fer, calcium, vitamines B qui sont constants.

Plus lourde que l'anneau, non réversible (encore que cela ne soit pas exclu), le by-pass est cependant une excellente solution chirurgicale à l'obésité rebelle. Ses risques doivent être mis en balance avec ceux que fait courir l'obésité elle-même (indépendamment de son inconfort).

Elle s'effectue sous laparoscopie (avec un taux de conversion, c'est-à-dire de nécessité à ouvrir de façon classique inférieur à 5%), et nécessite 4 à 6 jours d'hospitalisation.

Autres solutions

La plus séduisante, mise au point et développée par un américain il y a quelques années, est la *sleeve-gastrectomy* (en français gastrectomie en manche). Elle consiste, toujours sous laparoscopie, à réduire le volume de l'estomac en enlevant 80% de son étoffe. Conceptuellement il s'agit de l'extension de l'idée de la gastroplastie verticale et de l'anneau. Par agrafage mécanique l'estomac est réduit à un tube long et étroit.

Les avantages en sont multiples.

Par rapport à l'anneau : absence de corps étranger, et donc de risque infectieux, de risque de migration (perforation de l'estomac), pas de nécessité d'ajustements répétés.

Par rapport au by-pass : absence de suture intestinale, et donc risques moindres de complications post opératoires, conservation d'un circuit alimentaire normal et donc risques de carence pratiquement nuls.

Mais il n'y a pas d'avantages sans inconvénients ou risques potentiels : par rapport à

l'anneau risques liés à la suture gastrique, (les fistules gastriques, défauts de cicatrisation de la paroi gastrique suturée, atteignaient 8 à 10% des opérés dans les premières séries. Des modifications techniques les ont réduites à 1 ou 2%), et surtout risques potentiels d'une dilatation progressive, en quelques années, du tube gastrique conduisant à une reprise de poids. C'est pourquoi son concepteur (le Docteur Gagner) l'a imaginée comme une opération en deux temps. Premier temps la *sleeve-gastrectomy*, deuxième temps, facultatif, en cas de reprise de poids ; transformation en **by-pass** (la réduction gastrique est déjà réalisée), ou même en **dérivation bilio-pancréatique** (sorte de by-pass qui ne laisse en circuit fonctionnel qu'un court segment intestinal).

Cette *sleeve-gastrectomy*, que nous pratiquons depuis le début de l'année 2005, nous semble être un bon compromis : risque opératoire faible, même chez les super-super-obèses (patients chez qui l'anneau est peu indiqué, et les risques du by-pass élevés), bonne efficacité, préservation de l'avenir en permettant un 2ème temps opératoire, complémentaire, assez facile.

Elle comporte très peu de risques à long terme, nous l'avons vu, mais un reflux gastro-oesophagien est très fréquent (sensations de brûlures rétrosternales), traité par des médicaments bloquant la production d'acide par l'estomac.

Nous avons introduit une modification par rapport à l'opération initialement décrite : la « découpe » de l'estomac est prolongée jusqu'au pylore (sortie de l'estomac), alors que la technique princeps laissait en place l'antrum gastrique. De la sorte nous observons des pertes de poids équivalentes à celles des by-pass, et qui semblent, pour l'instant, stables dans le temps (avec un recul de cinq ans, encore trop court).

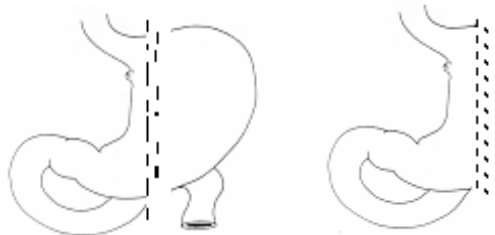
La sleeve gastrectomy, plus encore que le by-pass, impose les premiers mois une contrainte alimentaire de restriction très forte. Ce n'est qu'après trois à quatre mois, quand l'estomac résiduel a récupéré une fonction motrice satisfaisante, que l'on peut faire un « vrai » repas.

Parfois cet inconfort alimentaire des premiers mois est très gênant, les vomissements après les repas sont fréquents, et ce n'est qu'après 4 à 6 mois que l'on peut se réalimenter de façon à peu près normale.

Nous avons observé des reprises de poids importantes : toujours chez des opérés qui reprenaient des habitudes de grignotage, ou d'alimentation presque continue dans la journée. Enfin, nous avons également observé, chez 5% des opérés, une discrète dilatation de la partie haute du tube gastrique, alors que la partie basse, plus épaisse, ne se distend pas.

Cela a pour effet de provoquer une torsion de 50 à 70% de l'estomac sui lui-même, source de reflux œsophagien et de vomissements (traité par conversion en by-pass).

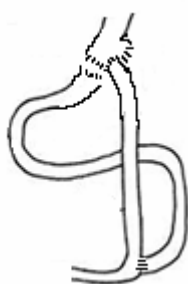
Sleeve gastrectomy



Duodenal switch



By-pass après Sleeve



Seules les discussions approfondies avec votre médecin, votre nutritionniste, un psychiatre connaissant bien le sujet, un chirurgien qualifié en chirurgie bariatrique, maîtrisant les différentes techniques, vous permettront de guider votre décision.

En pratique

Vous avez compris qu'il ne s'agit pas d'une opération « miracle », « minute », mais d'une potentielle solution à un problème complexe, évoluant de longue date, non résolu, pour lequel vous acceptez de prendre quelques risques. Il est donc indispensable que la décision opératoire soit mûrement réfléchie.

C'est pourquoi il ne vous sera pas fixé de rendez-vous opératoire d'emblée, dès la première consultation.

Au contraire, il vous sera demandé de vous informer, de réfléchir et de consulter un endocrinologue, un nutritionniste et un psychiatre. De la sorte, vous devriez être en mesure de peser votre décision.

Des examens seront faits à la recherche d'une contre indication médicale à l'opération : soit de nature anesthésique (par exemple insuffisance respiratoire, risques de pneumothorax.....).

Vous effectuerez donc des analyses sanguines, une radio de thorax, une radio d'estomac (dite TOGD), une fibroscopie gastrique, une échographie abdominale et un électrocardiogramme. Si nécessaire, une préparation cutanée (désinfection de mycoses situées dans les plis abdominaux) sera réalisée la semaine précédant l'opération.

Pour nous résumer clairement

- La chirurgie bariatrique apporte un bénéfice certain, tant en terme de confort de vie que d'espérance de vie.

- Elle n'est efficace, quelle que soit la technique choisie, que la par la contrainte qu'elle fait peser de façon très prolongée, voire indéfinie.

- Même si elle se déroule sous laparoscopie, en des mains expertes, elle n'est pas dénuée de risques, y compris vitaux.

- Elle ne peut être décidée qu'après mûre réflexion et concertation multidisciplinaire (endocrinologue, nutritionniste, psychiatre ou psychologue).

- Lorsque le principe de la chirurgie est retenu, le choix de l'opération doit être fait soigneusement en tenant compte de plusieurs critères, dont le niveau du BMI, le comportement alimentaire, les copathologies, l'âge.

- Elle nécessite une surveillance, un suivi médical et très souvent psychologique prolongé, sinon indéfini.

- Lorsque les indications sont bien posées, le taux de succès doit atteindre 70 à 80% à cinq ans.

Dr Rémi Houdart
Dr José Hobeika
Dr Henri Mosnier
Dr Jean-Louis Hingot

Mai 2000

Mise à jour : 09 septembre 2009

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris

Reproduction interdite sans autorisation des auteurs.