

Chirurgie gastrique, pose d'un By-Pass.

La chirurgie bariatrique

40 000 interventions en 2013

Obésité, ceinture abdominale prépondérante, kilos de trop, font partie du cercle sans fin de celles et ceux qui sont en surpoids au delà de la norme. Les régimes en tous genres ne servent à rien et les complications graves apparaissent jusqu'au risque élevé de décès.

La chirurgie de l'obésité est de plus en plus pratiquée en France. Les femmes en bénéficient bien plus que les hommes puisqu'elles représentent 80 % des 40.000 patients. Ces traitements sont en moyenne initiés à l'âge de 39 ans et doivent répondre à des indications précises selon l'indice de masse corporelle (IMC) : IMC > 40 kg/M2 ou IMC entre 35 et 40 kg/M2 associés à au moins deux co-morbidités

Lorsque tout a échoué pour combattre l'obésité, la chirurgie bariatrique (by-pass, sleeve gastrectomie ou anneau gastrique) intervient comme LA solution de la dernière chance qui va permettre :

- Une perte de l'excès de poids pérenne
- Une diminution des co-morbidités
- Un allongement de l'espérance de vie
- Une amélioration de la qualité de vie physique et sociale

A ces titres, la chirurgie bariatrique est une chirurgie pronostique et non esthétique. D'ailleurs en 2007, la première grande étude de référence (SOS Study) a démontré que 7 ans après un By-

pass gastrique, on constatait :

- Une réduction de 40% de la mortalité globale
- Une réduction de survenue du diabète de 92%
- Une réduction du risque cardio-vasculaire de 56%
- Une réduction de développement du SAS de 95%

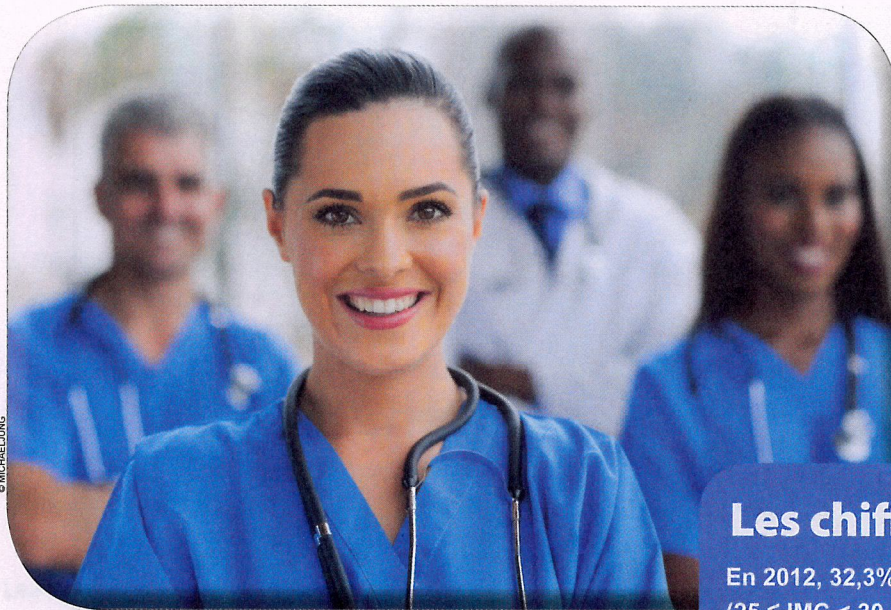
Les trois principales techniques

L'anneau gastrique est la plus ancienne et s'est avérée décevante en terme de durabilité de la perte de poids.

Cependant, d'autres techniques comme le Bypass et sa variante le Mini-ByPASS mais aussi la Sleeve Gastrectomie se sont développées. Elle garde certaines indications notamment chez l'adolescent ou dans certains types d'hyperphagie.

La Sleeve gastrectomie est aujourd'hui la plus utilisée en France (25 000 interventions en 2013). Elle consiste à enlever une grande partie de l'estomac (la grande courbure) en pratiquant une incision verticale et permet ainsi de réduire drastiquement les volumes alimentaires en provoquant une satiété très précoce.

Retrouvez la suite de votre article pages suivantes.



Le chirurgien qui effectue l'opération gastrique met en place une équipe d'intervenants qui prendra en charge le patient avant l'opération mais aussi après celle-ci. Médecins spécialisés, nutritionniste, psychologue... Ensemble, chirurgien, patient et intervenants vont assurer le suivi du patient sur le long terme.

Les chiffres clés sur l'obésité

En 2012, 32,3% des Français adultes sont en surpoids (25 ≤ IMC < 30 kg/m²)

15% présentent une obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) ce qui représente plus de 7 M de personnes

550 000 français ont un IMC supérieur à 40 kg/m² !

Le By-pass est une technique qui consiste à ne conserver qu'une petite poche gastrique, qui est directement reliée au jéjunum, la deuxième partie de l'intestin grêle. Les chirurgiens mettent ainsi hors circuit une partie de l'intestin grêle impliquée dans l'absorption des nutriments. Les mécanismes de perte de poids dans les by-pass sont doubles : réduction du volume gastrique provoquant une satiété précoce et mise en place d'une malabsorption.

Le By-pass est considéré comme la technique de référence de la chirurgie bariatrique («Gold standard»).

Le by-pass oméga (ou mini by-pass) est une variante du by-pass « Roux en Y Gastric ». Cette technique plus récente est moins connue mais présente le double avantage d'avoir une seule anastomose (suture) de l'intestin au lieu de deux pour le by-pass gastrique réduisant le risque de complications post opératoire mais aussi d'être réversible.

L'engouement récent autour de cette chirurgie ne doit pas faire oublier les conditions incontournables de la mise en œuvre de ce type de chirurgie. Elle est réservée aux obésités massives ou sévères après échec des thérapeutiques conventionnelles (notamment les régimes amincissants) sur la base d'un consensus multidisciplinaire qui comprend un grand nombre de spécialistes qui ont chacun un rôle bien déterminé.

En effet, pour que ces opérations soient un vrai succès, il faut bien s'y préparer en amont et bénéficier d'un suivi, après ! Car les risques même si ils sont minimes sont représentés par les carences et la dénutrition et leurs cortèges de complications

Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire expérimentée

Le chirurgien digestif, comme pour tout type de chirurgie, doit avoir une expérience conséquente de ces techniques. C'est souvent lui qui est le point de départ de la démarche. Il va poser l'indication après examen du patient et va décider de la technique à employer. C'est aussi lui qui va lancer le processus

multidisciplinaire. Il assure le post-opératoire et sera le référent de la prise en charge du patient pour l'ensemble des intervenants.

Le nutritionniste cherche à comprendre les mécanismes historiques de la prise de poids (pathologies, prise de médicaments, anomalies du comportement alimentaire ...). Il vérifie l'état nutritionnel de départ et l'absence de carences ou insuffisances en vitamines et minéraux. Il évalue les co-morbidités de cette obésité, métaboliques ou autres obésité (HTA, Diabète, Hypercholestérolémie, Hyper uricémie, stéatose hépatique, syndrome d'apnée du sommeil, lombalgies, gonalgies, altération de la qualité de vie, etc...). Le spécialiste mène une enquête nutritionnelle pour comprendre les modalités de prise de poids et la nécessité d'une rééducation post opératoire afin de garantir le maintien de la perte de poids à terme. Il fait signer au patient un consentement dans lequel ce dernier s'engagera à un suivi nutritionnel à vie.

Le cardiologue réalise un bilan cardiaque complet destiné à identifier toute pathologie ischémique ou insuffisance cardiaque qui pourrait être une contre-indication à l'intervention chirurgicale.

Le gastro-entérologue réalise une fibroscopie oeso-gastroduodénale afin de vérifier l'absence de gastrite, érosions gastriques ou œsophagites avec présence d'un germe : l'*Helicobacter Pylori* devant être absolument éradiqué avant l'intervention chirurgicale

Un psychologue ou un psychiatre évalue l'état psychique du patient et sa motivation. Il vérifie l'absence de contre-indications psychiatriques. Post opération, il assure un suivi psychologique pour les patients perturbés par une nouvelle image

L'anesthésiste sur la base des éléments sus cités donne son avis sur la faisabilité de l'acte d'anesthésie.



Des réunions de patients sont aussi organisées :

elles réunissent en présence de l'équipe médico-chirurgicale les patients ayant déjà été opérés (récemment ou depuis longtemps). Elles permettent des échanges très orientés sur le vécu et les appréhensions propres aux patients.

Deux spécialistes de la chirurgie bariatrique

Les docteurs Corinne Chicheportiche-Ayache (médecin nutritionniste) et Sylvie Guérout (Chirurgien digestif) qui opèrent à la clinique Geoffroy St Hilaire à Paris, ont mis en place un protocole très rigoureux pour l'accompagnement de leurs patients tout au long de leur parcours. (voir présentation de ces deux médecins en fin d'article). Les patients obèses rencontrés dans ces consultations sont en échec. La souffrance autour du poids et de l'image corporelle est ressentie fortement par les consultantes dans quasi chacune des consultations. Ces patients initient le parcours préalable à la décision finale d'intervention de chirurgie bariatrique le plus souvent après avoir vu une de leurs connaissances ou de leurs proches (dans un contexte de prédisposition familiale à l'obésité notamment) se transformer... Les questions sont nombreuses, les inquiétudes régulières. Leurs attentes, souvent majeures, sont mêlées à une véritable anxiété et exigent de la part des médecins une démarche d'accompagnement constant.

Le rôle des médecins est donc clé et va au-delà de la prise en charge traditionnelle chirurgicale (examen clinique, indication, élimination des contre-indications, prescription d'un bilan, présentation des avantages et inconvénients). Les consultations sont souvent longues (45 minutes en moyenne) pour écouter, appréhender au mieux les inquiétudes, répondre aux questions et enfin laisser le temps aux patients de décider sur la base de l'indication chirurgicale et du choix de la technique proposés par l'équipe pluridisciplinaire. La prise en charge de la dimension émotionnelle est indissociable de la prise en charge traditionnelle et a une forte valeur ajoutée dans le succès de ces interventions. Ces longues minutes sont précieuses pour expliquer et réexpliquer les mécanismes de la perte de poids, les consignes nutritionnelles qui doivent accompagner la période post-opératoire, la nécessité de retrouver une alimentation équilibrée et une relation apaisée à l'alimentation afin de consolider la perte de poids obtenue mais aussi l'obligation de respecter scrupuleusement les prescriptions médicales (vitamines, minéraux et oligo-éléments notamment). Les effets secondaires et les risques opératoires, même si ils sont très faibles, sont systématiquement décrits. Elles sont aussi parfois utiles pour expliquer pourquoi l'intervention de chirurgie bariatrique ne peut pas être la meilleure solution. Les

médecins sont aussi disponibles en dehors des consultations pour répondre aux questions multiples qui peuvent émailler le quotidien. Que ce soit préopératoire, peropératoire ou post opératoire, cette équipe offre une disponibilité quasi permanente, un calendrier rigoureux de suivi chirurgical et nutritionnel (M1, M3, M6, 1an puis chaque année).

Témoignage d'un patient

A 33 ans, David en ayant perdu 45 kilos vit une véritable « renaissance ». Il se sent plus mobile, moins gêné dans ses mouvements. Il peut marcher et courir de nouveau et retrouve ainsi des sensations oubliées depuis longtemps. Il a réappris à manger sainement et ne se sent pas frustré. Il a appris à respecter sa satiété, il a redécouvert ce qu'est la faim ! Sa vie et ses relations aux autres ont changé ... il accepte de sortir, de faire des activités jusque-là impossibles (piscine, apparaître sur des photos). Il affronte le regard des autres et y trouve de l'encouragement voire de l'admiration d' « avoir eu le courage ». Sa vie sociale a changé. Il prend confiance en lui et retrouve de l'estime de soi ... et se sent bien plus de capacités dans sa vie professionnelle...

Le rôle des médecins va bien au-delà de la satisfaction du résultat obtenu. Il veille à ce que le patient ne présente aucun signe clinique ou biologique de dénutrition ou de carence, qu'il mange équilibré, qu'il soit respectueux de ses signaux physiologiques (faim, satiété), qu'il pratique du sport et que ses résultats d'analyse soient satisfaisants ... et contrôle son absolue adaptation aux traitements prescrits.

Avec l'aimable autorisation des médecins, Sylvie Guérout (Chirurgien digestif), et de Corinne Chicheportiche-Ayache (médecin nutritionniste).

Quelques chiffres

- Le surpoids et l'obésité représentent le 5ème facteur de risque de décès au niveau mondial :
- L'espérance de vie est diminuée de 7,1 ans chez les femmes et de 5,8 ans chez les hommes de 40 ans
- Le risque de développer une Hypertension est multiplié par 4. Le risque de développer un Diabète est multiplié par 8.
- Les complications respiratoires sont importantes (Insuffisance Respiratoire dite Restrictive) mais aussi majoration du Risque de développer un Syndrome d'Apnée du Sommeil.
- Ainsi, 70% des patients porteurs d'un SAS sont des obèses.
- Le surpoids et l'obésité sont responsables de 3.6% de nouveaux cas de cancers des adultes.
- Le risque de souffrir d'arthrose est multiplié par 5
- Le risque de développer une dépression est multiplié par 1,8.
- Sources : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - «Obésité et surpoids» - Analyse de la cohorte de la Framingham Study portant sur le suivi de 3 000 patients

Retrouvez la suite de votre article pages suivantes.

Biographies

Les docteurs Sylvie Guéroult (Chirurgien digestif) et Corinne Chicheportiche-Ayache (médecin nutritionniste) qui opèrent à la clinique Geoffroy St Hilaire à Paris, ont mis en place un protocole très rigoureux pour l'accompagnement de leurs patients tout au long de leur parcours.



Dr Corinne CHICHEPORTICHE-AYACHE

48 ans Mariée, deux enfants.
 Doctorat en Médecine en 1995 (Paris XII).
 Diplôme Universitaire en Nutrition et
 Maladies Métaboliques.
 Diplôme Universitaire Troubles du

Comportement Alimentaire.

Médecin attachée temps complet pendant cinq ans aux Urgences Médico chirurgicales de l'hôpital Lariboisière (Paris).
 Médecin dans l'Industrie pharmaceutique pendant quelques années (Laboratoires MSD France).

Actuellement : Médecin exerçant au sein d'un Cabinet Multidisciplinaire centré sur le suivi et le bien être de la femme : Médical 124 (124 Rue de la Pompe - 75016 Paris) - Honoraires hors Sécurité Sociale.

Domaines de prise en charge essentiellement autour de trois grands axes

1- Nutrition et Maladies Métaboliques: suivi médical et conseils dans les pathologies suivantes.

- Surpoids et obésité.
- Maladies métaboliques: diabète, syndrome métabolique, dyslipidémies (hypercholestérolémies et élévation des triglycérides), hyper-uricémie (goutte, calculs d'acide urique), HTA.
- Situations spécifiques : suivi de la femme enceinte, des enfants à partir de l'âge de 4 ans, des patients souffrant de lombalgies et lombo-sciatiques, colon irritable, arrêt du tabac, troubles du sommeil, ménopause, maladies dégénératives du cerveau, etc.
- Nutrition anti-âge et cancer du sein.

2 - Troubles du Comportement Alimentaire : Anorexie mentale, boulimies, (Binge Eating Disorder)

3 - Patients de chirurgie bariatrique : Bilan pré opératoire et suivi post opératoire.

Mes «chevaux de bataille» et fortes convictions :

- Les consultations de nutrition demandent du temps et l'écoute est capitale (le patient vient avec son histoire et ses souffrances...45 mn au moins la première fois, 30 mn de suivi).
- Les fausses croyances et informations éronées sont nombreuses ... elles sont fortement amplifiées par une société formatée qui impose les diktats de la minceur.
- Les régimes restrictifs, dissociés et mono nutriment ont largement démontré leurs limites voir leur nocivité notamment en cas de prédisposition familiale au surpoids: ils favorisent l'émergence de troubles du comportement alimentaire.
- La régulation du poids se fait en prenant en charge trois dimensions.

Diététique : ce qu'il y a dans l'assiette.

Comportementale : la relation que l'on a avec l'assiette (trop souvent ignorée car cette dimension prend beaucoup de temps en consultation) ... avec notamment le fait que l'alimentation est un régulateur d'émotions !

Activité physique

Les conseils en nutrition quelque soit la pathologie suivie s'inscrit dans une démarche de «rééducation» : les patients doivent réapprendre à manger et parfois à «cuisiner» les fondamentaux

Ressources :

Lien vers mon site internet :

<http://dr-chicheportiche-ayache-nutrition.fr/>

Un exemple de vidéo sur l'alimentation de l'enfant :

<http://dr-chicheportiche-ayache-nutrition.fr/content/mon-enfant-peut-il-prendre-son-go%C3%BBter-devant-la-tv>



Dr SYLVIE GUEROULT

Agée de 44 ans, je suis chirurgien viscéral et Digestif. Après des études à Paris, j'ai passé le concours de l'internat où j'ai été nommée interne à Paris et j'ai choisi la chirurgie digestive.

J'avais déjà fait en parallèle de mes études de Médecine une maîtrise de Biologie Moléculaire et Génie Génétique. Lors de mon internat, j'ai fait en parallèle une maîtrise d'Anatomie et d'Organogénèse. Après mon internat de chirurgie (qui fonctionne en France comme un compagnonnage, nous permettant l'accès à une formation très précoce dans notre cursus) et avant mon clinat j'ai fait un an de recherche fondamentale et obtenu mon DEA en sciences chirurgicales.

Lors de mon clinat (jeune chirurgien à l'hôpital) j'ai été professeur de chirurgie puis d'anatomie. J'ai apprécié alors la transmission des connaissances aux plus jeunes et tenter de motiver les plus jeunes, notamment les jeunes femmes à des métiers très masculins encore dans leur approches et dans les difficultés d'exercice de ceux-ci. Les gardes, multiples, les heures passées au bloc opératoire les nuit et les week-ends doivent être autant d'opportunités d'apprendre son métier dans toutes les conditions et forgent bien évidemment la technicité, les compétences et l'excellence que requiert ce métier. J'ai poursuivi ma spécialisation en coelioscopie, en chirurgie endocrinienne (chirurgie de la thyroïde) pour lesquelles j'ai fait de la recherche clinique et obtenu des diplômes. Puis pour la chirurgie de l'obésité. Je suis maintenant installée, dans un univers certes très masculin mais le fait d'être une femme dans ce métier permet probablement une approche et un contact un peu différent avec les patients.

J'essaie d'avoir une vision globale et surtout je suis devenue expert médical plus récemment après un diplôme de responsabilité médicale et de réparation juridique du dommage corporel) de toujours tenter d'apporter la meilleure solution au patient et lui procurer la meilleur accompagnement pour son bien-être.