



Fiche information

Patient

Création 2016

Mise à Jour:2024

Fiche remise le :/...../.....

Par DR :



BYPASS GASTRO-JEJUNAL

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre chirurgien à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre chirurgien.

Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfices et les risques connus même les complications rares.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre chirurgien si nécessaire.

Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site : www.fcvd.fr

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Pourquoi faire l'intervention?

Vous pouvez être candidat à un traitement chirurgical de l'obésité lorsque votre index de masse corporelle est supérieur ou égal à 40 ; ou supérieur ou égal à 35 avec comorbidités (pathologies associées à l'obésité pouvant être améliorées par une perte de poids). L'index de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids par la taille en mètre au carré. L'IMC normal est entre 20 et 25 kg/m². Un IMC supérieur ou égal à 40 ou, 35 avec des comorbidités, diminue votre espérance de vie et altère votre qualité de vie par rapport à quelqu'un de votre âge et de votre taille qui a un poids normal.

Le bénéfice attendu de l'opération est que vous perdiez une grande partie de votre excès de poids sans le reprendre le plus longtemps possible et, de ce fait, diminuer, voire

supprimer l'hypertension artérielle, le diabète, l'apnée du sommeil, les douleurs articulaires, les brûlures à l'estomac... (comorbidités).

Comme dans toute intervention chirurgicale, il existe des risques associés à l'intervention. Mais il y a généralement plus de risque pour votre santé à ne rien faire plutôt que de vous faire opérer (l'opération est moins dangereuse que de ne rien faire) car votre cœur, vos poumons, vos articulations, vos organes s'abîment progressivement. A partir de 60-65 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et la balance entre le bénéfice attendu et les risques de l'opération peut être moins favorable.

Pour la sécurité de l'opération un bilan préopératoire très complet est réalisé en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette intervention demande une entente préalable auprès de la sécurité sociale qui sera rédigée par votre chirurgien. Vous l'adresserez en recommandé à votre caisse qui a 15 jours pour répondre et éventuellement vous convoquer. Passé ce délai, l'absence de réponse vaut accord.

La réalisation de ce bilan vous permettra aussi d'avoir un délai de réflexion et de vous permettre de vous renseigner sur les différents types d'interventions (internet, entourage, groupes de parole...). N'hésitez pas à reposer des questions à votre chirurgien. Il n'y a jamais d'urgence à réaliser ce type d'intervention.

Il existe plusieurs opérations mais trois surtout sont régulièrement pratiquées : l'anneau, le by pass gastrique et la sleeve gastrectomie.

Quel est le traitement chirurgical?

LE BY PASS GASTRO-JÉJUNAL

Le principe du by pass (dérivation en anglais) est de réduire la capacité de l'estomac et de dériver les aliments pour qu'ils soient moins absorbés par l'organisme. Cette dérivation se passe au niveau de l'intestin grêle puis les résidus suivent le circuit normal. Cette opération est la mieux connue des opérations pour perdre le poids car elle est pratiquée depuis presque 40 ans et on dispose de résultats sur des populations importantes avec un recul de plus de 10 à 15 ans après l'opération. Ses échecs, (perte de poids insuffisante ou reprise de poids), sont rares (20 % des cas). Elle est donc très efficace à court et à long terme. La perte moyenne d'excès de poids à attendre avec cette intervention est de 65% (l'excès de poids correspond au nombre de kilos que vous avez en trop par rapport à votre poids idéal attendu, calculé sur la base d'un IMC entre 23 et 25). Votre chirurgien vous aidera à le calculer avec vous et vous fera une estimation de la perte de poids à attendre dans un délai moyen de deux ans. Ceci n'est bien sûr qu'une estimation.

Le by pass est quasiment toujours fait par cœlioscopie (ou laparoscopie) (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra avec de petites incisions allant de 5 à 15 mm, parfois moins). Il peut arriver, exceptionnellement, que l'opération soit faite par une incision classique (laparotomie) soit que cela soit prévu avant l'opération soit que cela soit décidé pendant l'opération par le chirurgien devant l'apparition de difficultés (tissus collés entre eux par des interventions précédentes le plus souvent ou saignement difficile à contrôler). Le taux moyen de

faisabilité par laparoscopie (ou cœlioscopie) est de l'ordre de 95-98% dans les équipes entraînées ; bien sûr, chaque cas est différent, et en fonction des conditions qui vous sont propres, votre chirurgien pourra vous communiquer des informations complémentaires sur ce taux de faisabilité dans votre cas.

Vous entrerez la veille de l'opération. L'opération elle-même dure entre 1h et 4h, fonction de l'expérience de l'opérateur, de votre poids, de l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen. Il faut rajouter près d'une heure d'anesthésie en plus pour l'installation et la désinstallation.

La période qui suit l'opération (période post-opératoire) nécessite une surveillance attentive. La grande majorité des complications survient pendant les 48 premières heures postopératoires. Une réintervention en urgence peut être nécessaire si une complication est suspectée.

Dans les jours qui suivent les tuyaux éventuellement mis en place (sonde dans la vessie, sonde dans l'estomac, drain sortant du ventre, perfusion) vous serez progressivement retirés et vous serez progressivement réalimenté. La durée d'hospitalisation en France varie entre trois et sept jours suivant les équipes et en l'absence de complications.

Il est essentiel pour votre confort et votre confiance de bien suivre les conseils alimentaires donnés par le chirurgien, les diététiciennes et les infirmières. Il faudra vous alimenter de façon semi-liquide puis solide, calmement, lentement, ne pas boire en mangeant et bien mâcher quand vous introduirez les solides. Un programme ou des conseils de développement de votre alimentation vous seront remis.

Quels sont les risques de la chirurgie?

COMPLICATIONS PENDANT L'OPERATION

L'opération comporte plusieurs sutures. Il existe un risque de fuite sur chacune de ces sutures, ce qui peut provoquer un abcès voire une péritonite. Ce risque de fuite varie entre 2 et 3%. Cette complication survient dans la grande majorité des cas durant les 48 premières heures, mais elle peut parfois survenir plus tard après le retour au domicile. Un suivi médical régulier doit donc être effectué. La survenue d'une fuite (fistule) après by pass nécessite généralement des traitements longs, qui peuvent se compter en semaines et peut nécessiter des gestes techniques sous anesthésie générale voire une réintervention.

Comme dans toute opération il existe un risque de saignement qui justifie une surveillance étroite et des prises de sang dans les premiers jours.

Ce risque est cependant très faible (entre 1 et 2%) et ne nécessite qu'exceptionnellement une ré-intervention ; en revanche, il peut être nécessaire de vous transfuser si votre taux d'hémoglobine est inférieur à 7 ou 8 gr%.

Après cette intervention, il y a un risque d'occlusion intestinale aiguë, de l'ordre de 2%, en rapport avec une obstruction sur le montage, qui nécessite le plus souvent une ré-intervention précoce. Là aussi cette complication survient le plus souvent dans les 48 premières heures et vous serez encore hospitalisé.

Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie. Lorsque l'on gonfle le ventre ou quand on met le premier tube pendant l'opération qui peuvent nécessiter d'ouvrir (laparotomie). Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçu lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

L'excès de poids augmente le risque de phlébite (caillot dans les veines) et d'embolie pulmonaire ; vous devrez avoir, après l'opération, des piqûres pour fluidifier le sang et éventuellement des bas de contention.

Globalement, le risque de complications post opératoires précoces a été estimé à 10% . Le risque de décès dans le mois qui suit l'opération va de 0,1 à 1% en fonction de votre poids, de votre âge, des maladies associées à votre poids (1).

COMPLICATIONS APRES L'OPERATION

Après votre retour au domicile la survenue de certains signes doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, saignements par l'anus ou vomissements répétés, douleurs des épaules en particulier à gauche, car ces symptômes peuvent traduire la survenue d'une complication.

Quelles sont les contraintes de suivi ?

Plus à distance, vous devez vous engager à revoir votre chirurgien et votre nutritionniste pour des conseils alimentaires à long terme.

La reprise de l'activité physique est impérative et doit être débutée ou recommencée le plus tôt possible après l'intervention (environ un mois après) ; en effet, la perte de poids qui suit l'intervention est souvent importante dans les 3 premiers mois et génère une fatigue importante de part la fonte non seulement de la graisse mais aussi du muscle ; il est donc très important de reconstituer le muscle grâce à l'activité physique, ce qui réduira votre fatigue. Ces nouvelles règles de vie limiteront le risque de reprise de poids qui s'avère fréquent quelque soit la chirurgie de l'obésité. Après bypass gastrique, on estime que la reprise de poids peut atteindre 10% du poids perdu durant la première année et ce au cours des 2ème et 3ème années. On estime que la perte de poids atteint en moyenne avec 10 ans de recul 60 à 65% de l'excès de poids initial (2).

Un accompagnement psychologique est également souvent utile.

Le bypass gastrique peut entraîner des complications tardives (bien au-delà du premier mois après l'opération). Elles sont dominées par :

- l'ulcère anastomotique (au niveau de la petite poche de l'estomac) qui se manifeste par des douleurs et peut être favorisé par le tabac ou la consommation d'anti-inflammatoires ou aspirine. Il survient dans moins de 5% des cas et nécessite souvent de faire une fibroscopie. Le traitement est médical (inhibiteurs de la pompe à proton) et doit être prolongé et surveillé.
- les douleurs de l'abdomen : elles sont fréquentes et parfois sans cause évidente mais elles doivent faire craindre la hernie interne (3-4%) conséquence du court-circuit intestinal et de l'amaigrissement important. Elles peuvent nécessiter une nouvelle chirurgie généralement sous coelioscopie.
- la formation de calculs dans la vésicule biliaire, fréquente, peut ne pas entraîner de symptômes, mais si c'était le cas, une ablation de la vésicule biliaire par coelioscopie serait nécessaire. Pour éviter l'apparition de calculs, un traitement dissolvant préventif peut être donné après le bypass pour une durée de 6 mois.

Le bypass gastrique peut entraîner des effets secondaires (phénomènes gênants mais non dangereux) :

- Le dumping syndrome : sorte de malaise survenant après consommation d'aliments trop riches ou trop rapidement absorbés
- Les flatulences, relativement limitées et variables en fonction des individus
- Les diarrhées, rares (moins de 10% des cas) et d'autant plus fréquentes que les consommations de graisse sont importantes, peuvent nécessiter un traitement adapté ;
- Les difficultés d'alimentation, relativement rares, mais très variables d'une personne à l'autre.

Pour maintenir une bonne santé indépendamment de la perte de poids, la prise de plusieurs vitamines, de façon quotidienne et à vie, s'avère indispensable. Au moins un bilan sanguin annuel doit vérifier l'absence de carences. Encore plus qu'après les autres techniques chirurgicales, le suivi médical avec un membre de l'équipe, absolument indispensable, sera le garant d'un bon résultat à distance.

Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée (la pilule contraceptive n'est pas considérée comme telle après un bypass). La grossesse peut s'envisager 12 à 18 mois après un bypass gastrique en sécurité, à condition que le bilan sanguin ne montre pas de carence. Elle nécessite toutefois un suivi plus rapproché.

Les membres de l'équipe qui vous a pris en charge, restent bien entendu disponibles pour répondre à vos questions.

À
le/...../.....

Signature

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5).

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : tabac-info-Service.fr, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36),

Je, soussigné (e) Monsieur, Madame,

Reconnait avoir été informé (e) par le Dr

En date du/...../.....,

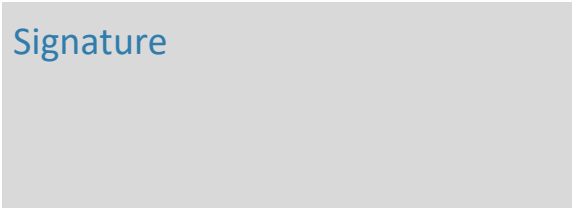
A propos de l'intervention qu'il me propose :

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention. Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

À

le/...../.....

Signature



Cette fiche a été rédigée par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive pour vous accompagner.

Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site fcvd.fr

La FCVD ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom :

Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

À

le/...../.....

Signature de la personne