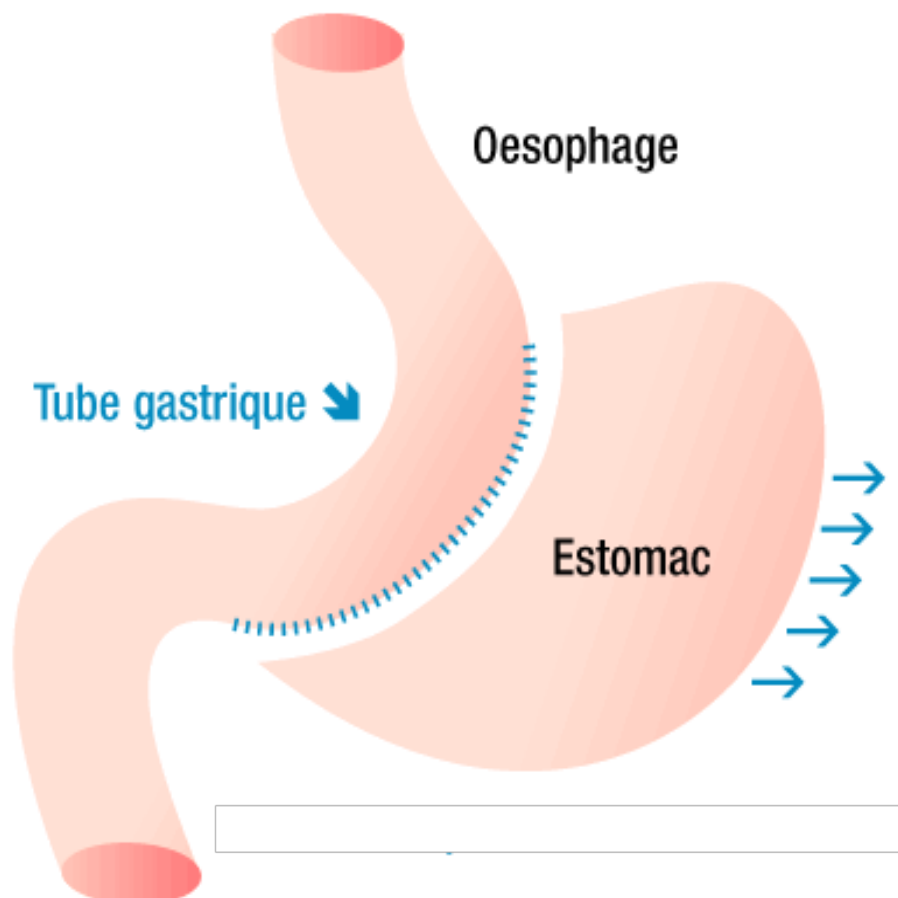




# LA SLEEVE GASTRECTOMIE

## COMMENT J'INFORME MES PATIENTS ET MON STAFF



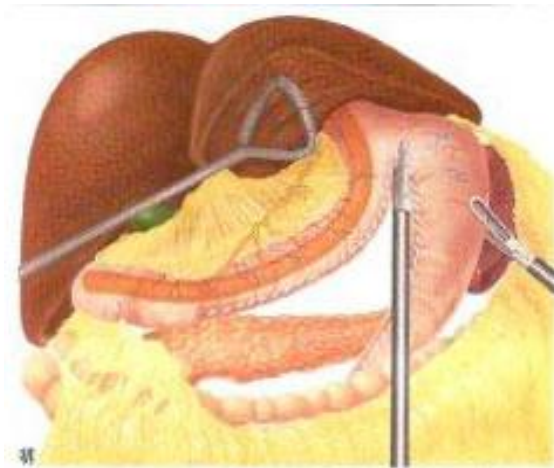
La prise en charge thérapeutique de l'obésité consiste en première intention en un traitement médical et, en cas d'échec ou d'insuffisance de celui-ci, se discute un traitement chirurgical. La chirurgie est considérée avant tout comme un acte visant à prévenir le développement des problèmes médicaux relatés à la surcharge pondérale. **La chirurgie reste effectivement la dernière solution pour l'obtention d'une réduction pondérale stable.** Il s'agit d'une intervention avec anesthésie générale. Elle a ses risques, ses complications potentielles. Elle n'est pas et ne doit pas être considérée comme une chirurgie de confort. Le bilan d'évaluation pluridisciplinaire pré-opératoire comprend l'avis du médecin traitant, d'un psychiatre, d'un nutritionniste endocrinologue, d'un gastroentérologue, d'un diététicien, d'un cardiologue, d'un pneumologue, de l'anesthésiste et du chirurgien.

La **Sleeve Gastrectomie** ou **Gastrectomie longitudinale en manchon** est une technique restrictive proposée aux patients hyperphages (qui mangent beaucoup lors des repas). Elle consiste à réduire la capacité gastrique.

Cette intervention est réalisée depuis une dizaine d'année. L'opération est réalisée sous anesthésie générale par coelioscopie avec cinq incisions de 5 à 15 mm dont une qui peut être élargie pour permettre l'extraction de l'estomac. Elle est **irréversible** et dure de 1 à 2 heures et nécessite une hospitalisation de 3 à 5 jours. Les complications opératoires sont rares, mais nécessitent une prise en charge rapide.

On enlève définitivement les 2/3 de volume gastrique et on laisse un estomac en forme de tube grâce à un agrafage (section) sur toute la hauteur de la grande courbure gastrique (environ 25 à 30 cm).

Le principe de cette chirurgie est une diminution de la capacité de l'estomac (agrafages successifs permettant de retirer la majeure partie du Fundus et du corps gastrique) avec un ralentissement du passage des aliments dans l'estomac et une diminution de l'appétit lié à une diminution de la sécrétion de ghréline (hormone de la faim). A cela s'ajoute d'autres actions hormonales (augmentation du taux plasmatique de GLP1 et de PYY).





## INDICATIONS OPERATOIRES

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires, chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Patients avec un  $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ .
- Patients avec un  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, SAS (syndrome d'apnée du sommeil), désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique).
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois.
- Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme.
- En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids.
- Une envie sincère de perdre beaucoup de poids.
- Risque opératoire acceptable.
- Age  $< 60$  ans. Après 60 ans, l'indication doit être posée au cas par cas en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités associées.
- Etre prêt à modifier complètement ses habitudes alimentaires et à reprendre une activité physique régulière.

Un certain nombre d'éléments peuvent contre-indiquer ou retarder une intervention chirurgicale :

- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire.
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé.
- Dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites.
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée.
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme.
- Une affection sévère cardiaque, pulmonaire ou autre rendant dangereuse une anesthésie générale.
- Un coefficient de mastication insuffisant ou non améliorable.
- Contre-indications à l'anesthésie générale.
- Troubles cognitifs ou mentaux sévères.
- Une dépression non stabilisée.
- Une inflammation importante du tube digestif.
- Une intervention précédente sur l'estomac.

A l'issue du bilan, si tous les intervenants s'accordent à retenir une indication opératoire, le chirurgien remet au patient lors de la visite préopératoire un formulaire de demande d'entente préalable que le patient remettra au médecin conseil de sa caisse de sécurité sociale. Si tous les critères sont respectés le médecin conseil qui a 15 jours à réception du document pour statuer donnera son accord.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètre) au carré.

$$\text{IMC} = \text{Poids} / \text{Taille}^2$$

Le critère principal retenu par les médecins de la sécurité sociale est l'Indice de Masse Corporelle.

L'intervention sera acceptée par votre caisse si votre IMC est supérieur à 40, ou compris entre 35 et 40 avec des complications de l'obésité (diabète, anomalies du cholestérol et des lipides, hypertension artérielle, apnée du sommeil, problèmes ostéo articulaires graves, NASH...).

D'autres éléments sont pris en compte par les médecins de la sécurité sociale, comme l'ancienneté de l'obésité et son suivi médical et diététique, mais l'IMC est toujours étudié en premier.

**La sleeve gastrectomie n'est pas une intervention miraculeuse. La chirurgie représente une aide précieuse pour modifier les apports alimentaires. Le patient maigrira en mangeant mieux (élimination du grignotage) et en augmentant son activité physique.**

## AVANTAGES

De nombreuses équipes proposent la Sleeve Gastrectomie :

- 1/ Intervention généralement faite complètement sous laparoscopie (coelioscopie). Niveau de sécurité comparable à l'anneau avec un taux de conversion faible.
- 2/ Il n'y a pas de mise en place de corps étranger, contrairement à l'anneau gastrique.
- 3/ Elle entraîne une sensation rapide de satiété, comme la gastroplastie.
- 4/ Elle diminue le taux de ghrêline donc la sensation de faim.
- 5/ Le confort alimentaire est meilleur par rapport à l'anneau gastrique, car il n'y a pas la sensation de blocage avec vomissements fréquents.  
Dans la sleeve gastrectomie, la réduction de calibre (volume) de l'estomac est régulière avec une alimentation quasi-normale, bien que de quantité réduite.
- 6/ La sleeve gastrectomie ne cause aucune malabsorption.  
Il s'agit d'une intervention physiologique.  
Il n'y a pas de modification du reste du tube digestif, ni de la digestion.  
Il n'y a pas d'impact sur l'efficacité et le dosage de vos traitements (si vous prenez des médicaments ou la pilule contraceptive).  
Le tube digestif reste accessible à toute investigation endoscopique.  
Il n'y a pas de dumping syndrome précoce ou tardif.
- 7/ Les suivi est beaucoup moins contraignant (pas d'anneau à resserrer).
- 8/ La dénutrition et les carences vitaminiques sont rares. Le bilan biologique est le plus souvent normal. Il montre quelquefois des petits déficits vitaminiques qui sont facilement compensés par voie orale (prescription de vitamines et de compléments nutritionnels).
- 9/ La sleeve gastrectomie permet de traiter les comorbidités liés à l'obésité :  
Disparition et/ou contrôle du diabète, de l'hypertension, du syndrome apnée du sommeil, de la dyslipidémie avec une efficacité comparable au Gastric By-Pass.
- 10/ Les résultats en termes de perte de poids apparaissent supérieurs à ceux que peut assurer la pose d'un anneau gastrique et sont quasi comparables à ceux d'une opération plus sophistiquée comme le Gastric By-Pass.
- 11/ La Sleeve Gastrectomie est une opération évolutive, au moins autant que l'anneau : en cas de reprise de poids ou de perte de poids insuffisante nous pouvons adjoindre un Gastric By-Pass ou une dérivation bilio-pancréatique.

La perte de poids est habituellement de l'ordre de 4 kg par mois, pendant les 6 premiers mois, puis de 2 à 4 kg par mois. A 5 ans, les résultats sont plus proches du bypass que de la gastroplastie. En moyenne, la perte de poids est de 50 à 70 % de l'excès de poids, chez les patients ayant un suivi régulier, ce qui est un résultat intermédiaire entre la gastroplastie et le bypass.

La qualité de vie est améliorée de façon significative.

Des **échecs** de la Sleeve sont possibles, les causes sont les mêmes que la gastroplastie et le bypass :

- L'absence de suivi médical par une équipe expérimentée.
- Pas de modification du comportement alimentaire (grignotage).
- Pas de reprise d'une activité physique régulière.

Ces échecs soulignent l'importance du bilan avant l'intervention et la bonne connaissance des contraintes alimentaires et des résultats escomptés de la Sleeve Gastrectomie.

## **BILAN PRE-OPERATOIRE**

Choisissez une équipe pas trop éloignée de votre domicile.

### 1/ Consultation Chirurgicale:

C'est la première étape de votre prise en charge.

La prise de rendez-vous se fait souvent suite, à une consultation avec le médecin traitant, à l'avis d'une personne de votre connaissance opérée, à un article de journal ou de l'internet.

La décision d'une intervention chirurgicale a habituellement été longuement réfléchi.

#### La première consultation :

Le chirurgien vérifie tout d'abord tous les critères pour bénéficier de cette chirurgie (IMC, suivi diététique, régimes...).

Les antécédents médicaux et chirurgicaux sont passés en revue (en particulier, des pathologies pouvant aggraver l'obésité : problèmes thyroïdiens, prise de médicaments).

Il étudie avec le patient l'histoire de son obésité, son mode alimentaire, ses motivations, ses problèmes du quotidien.

Il répond à toutes les questions sur la chirurgie de l'obésité, vous explique les différentes procédures et étudie avec vous celle qui devrait vous convenir.

Une brochure détaillée informative est remis ce jour.

Un RDV avec la diététicienne de l'équipe est prise.

#### La deuxième consultation :

Cette deuxième consultation a lieu un mois après la première, cela laisse le temps de la réflexion. Ne pas hésiter à poser toutes les questions possibles.

Votre chirurgien met en place le bilan à réaliser avant l'intervention. Ce bilan paraît long, mais permet de minimiser les risques chirurgicaux et d'optimiser l'intervention, qui est souvent vécue comme « l'opération de la dernière chance » pour perdre les kilos en trop.

### Consultation pré-opératoire :

Le chirurgien reverra par la suite le patient avec tout son dossier complet.

Une bonne compréhension de l'opération est nécessaire pour optimiser les résultats.

Il faut trouver la meilleure date pour l'opération :

Il vaut mieux avoir une stabilité affective et professionnelle au moment de l'intervention.

Le délai moyen est environ de 15 jours à 1 mois.

Un consentement détaillé sera remis au patient.

Bien se rappeler qu'un suivi sera nécessaire après l'opération par l'équipe.

### 2/ Bilan Pluridisciplinaire :

**Le patient est pris en charge et suivi par une EQUIPE.**

#### La consultation de Nutrition

Une prise en charge par un médecin endocrinologue-nutritionniste assistée par une diététicienne est nécessaire pour évaluer les habitudes alimentaires (vous mangez plutôt salé ou sucré, vous grignotez, vous mangez toute la journée sans horaire fixe, vous vous levez la nuit pour manger, vous buvez beaucoup de sodas et mangez beaucoup de glaces) ainsi que le statut vitaminique et nutritionnel. Cette consultation permet la prise en charge des dyslipidémies et du diabète.

La diététicienne sera d'une grande aide pour étudier l'excès de calories et améliorer le comportement alimentaire. Il discutera avec le patient du choix de son intervention.

Dans certains cas un régime yaourt sera nécessaire avant l'intervention.

#### La consultation de Psychiatrie

Cette consultation ne doit pas être considérée comme un "examen de passage" avant la chirurgie mais comme la rencontre avec un spécialiste de l'obésité qui va aider le patient à optimiser l'intervention.

La consultation a pour but :

-D'évaluer la compréhension des risques et des contraintes de la chirurgie ainsi que la motivation et la capacité d'adaptation.

-De mettre en évidence des troubles du comportement alimentaire, ce qui permettra d'orienter le chirurgien vers le type d'intervention la mieux adaptée.

-De discuter la nécessité éventuelle d'un suivi pré-opératoire ou post-opératoire (une intervention réalisée par exemple lors d'un état dépressif non traité sera peu efficace. Alors que, une fois l'état dépressif traité, le patient sera capable d'effectuer les efforts nécessaires en postopératoire)

-L'évaluation prépare au remaniement que peut induire la perte de poids entraînant parfois un changement dans les relations sociales, familiales et professionnelles.

#### La consultation d'anesthésie

Le médecin anesthésiste examine le patient dans la perspective de son anesthésie.

Cette consultation doit avoir lieu au moins dix jours avant la date de l'hospitalisation,

avec un médecin anesthésiste- réanimateur de l'établissement.

Il informe le patient sur les modalités de l'anesthésie générale et les risques associés.

Il étudie les problèmes de santé (passé médical, chirurgical).

Il est impératif d'amener tout son dossier, ainsi que les éventuels compte-rendus d'hospitalisation, carnet de diabétique et ordonnances (certains médicaments doivent être arrêtés ou changés plusieurs jours avant l'intervention).

Les allergies doivent être connues. Si besoin il demandera des examens ou des avis complémentaires. Il établira votre score ASA.

Il explique le protocole mis en place pour éviter les douleurs post-opératoires.

### La consultation de gastroentérologie

Les interventions portent toutes sur la partie haute du tube digestif.

Le gastroentérologue pratiquera une fibroscopie gastrique.

Cet examen permettra de dépister une affection du tube digestif (hernie hiatale, oesophagite, gastrite...), qui devra être traitée médicalement avant l'intervention, et de rechercher dans l'estomac le germe "Helicobacter pylori" qui devra être éradiqué par un traitement antibiotique.

### Le bilan complémentaire

Une prise de sang complète est toujours réalisée avant l'intervention.

Une échographie abdominale permettra d'étudier la vésicule biliaire et de mesurer la taille de votre foie. Dans certains cas, cet examen sera complété par un scanner abdominal.

Un TOGD sera aussi réalisé.

Une consultation de cardiologie est nécessaire, avec un électro cardiogramme et une échographie du cœur.

Une consultation de pneumologie permettra d'étudier la fonction respiratoire et de rechercher une apnée du sommeil

Un écho doppler veineux des membres inférieurs pourra être prescrite.

*Les contre-indications spécifiques de cette technique sont :*

- *L'endobrachyoœsophage et l'œsophagite sévère*
- *L'hypertension portale avec varices œsophagiennes ou gastriques*
- *La hernie hiatale.*

**IL EST IMPERATIF D'ARRETER LE TABAC 1 MOIS AVANT L'INTERVENTION**



## CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

La prise en charge des patients en vue d'une intervention de chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients. Un coordinateur doit être désigné au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Dans tous les cas, les conclusions de cette concertation doivent être communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant ; elles doivent être transcrites dans le dossier du patient.

**Les conclusions de la concertation pluridisciplinaire doivent être formalisées et comporter (accord professionnel) :**

- les coordonnées du patient ;
- les coordonnées du coordinateur et du médecin traitant ;
- les noms et spécialités des participants à la concertation ;
- les antécédents médico-chirurgicaux du patient, l'IMC maximal et actualisé, les traitements de l'obésité mis en oeuvre auparavant, les risques anesthésiques ;
- la date de consultation initiale ;
- les modalités de l'information sur le bénéfice attendu, les risques de la chirurgie et le caractère impératif du suivi ;
- le résultat de l'évaluation et de la prise en charge préopératoires ;
- les stratégies proposées : stratégie chirurgicale (indication ou non de chirurgie, type d'intervention) et autres prises en charge (nutritionnelle, diététique ou psychologique, reconditionnement à l'activité physique, etc.) ;
- la conformité ou non de la stratégie proposée par rapport aux référentiels utilisés ;
- la date de la décision.

## COMPLICATIONS

La *sleeve gastrectomie* est associée à une morbidité péri-opératoire plus grande que l'*anneau gastrique* mais évite plusieurs inconvénients du *gastrique bypass* comme l'excès de carence nutritionnelle, l'ulcère marginal ou le dumping syndrome.

La morbidité globale est de 10%

Le taux de reprise opératoire est de 3 à 5%

La mortalité de cette intervention est quasi-nulle (0,3%).

Des complications per-opératoires sont possibles, elles peuvent amener à interrompre la procédure : impossibilité d'intubation de la trachée, impossibilité de mobiliser le foie gauche, hémorragie.

### Pendant l'hospitalisation

Ce sont des complications graves, qui peuvent nécessiter plusieurs semaines d'hospitalisation voire en service de réanimation, et mettre en jeu le pronostic vital.

### Fistule

Est la complication post-opératoire la plus redoutable.

Sa fréquence de survenue est de 2 à 3%.

Tachycardie, polypnée, fébricule sont les signaux d'alarme.

Il s'agit d'une fuite de liquide digestif au niveau de la ligne d'agrafage (fuite de produit de contraste pas toujours visualisée à l'opacification orale au TOGD/scanner).

La formation d'un abcès sous diaphragmatique gauche ou le tableau clinique de péritonite nécessitent la réintervention chirurgicale dans les 24-28 premières heures : lavage et drainage, associés à un support nutritionnel.

A j7 réalisation d'une endoscopie : prothèse ou fistulisation dirigée.

La fistule allonge le temps d'hospitalisation. Une hospitalisation en service de réanimation est probable. Le temps de cicatrisation est variable et très difficile à prédire avec certitude car il dépend de beaucoup de paramètres.

### Hémorragie post-opératoire précoce

Fréquence de survenue 2 à 4% : saignement au niveau de la ligne d'agrafage, des orifices des trocart, de la rate ou du ligament gastro-splénique.

Nécessite une réintervention rapide et précoce.

## **Reflux gastro-oesophagien**

20 à 30% des patients peuvent présenter un reflux gastro œsophagien dans les suites immédiates d'une sleeve gastrectomie . Les symptômes sont traités par IPP avec une bonne réponse.

Ce RGO a tendance à diminuer, voire disparaître avec la perte de poids du patient.  
En cas de RGO sévère un Gastric By-Pass en Y peut être réalisé.

Les **phlébites** et les **embolies pulmonaires** (0-3%) sont prévenues par l'utilisation de médicaments anticoagulants (HBPM) et le port de bas de contention.

## **A distance**

**Une infection** au niveau des cicatrices est possible.

**Des carences nutritionnelles** sont rares : Elles sont prévenues par des dosages sanguins réguliers et une supplémentation par voie orale.

**L'ulcère de l'estomac**: est évité par la prise de médicaments spécifiques (IPP) et par l'interdiction de prise d'anti-inflammatoires (AINS).

**La sténose du tube**: est révélée par des vomissements.

Il s'agit d'un rétrécissement au niveau de l'estomac restant : ce risque est évalué à environ 3 %.

Pendant l'intervention, il est nécessaire de bien calibrer la gastrectomie longitudinale. Malgré l'utilisation d'une bougie de calibrage, la ligne d'agrafes peut présenter des irrégularités (aspect vrillé à la gastroscopie).

Si les problèmes de vomissements quotidiens et prolongés dans le temps ne se règlent pas avec une dilatation endoscopique (+/- prothèse), une nouvelle intervention chirurgicale à distance devient nécessaire.

## **A long terme**

Dilatation du tube (apparition d'une poche au TOGD ou une volumétrie >300cc) :  
Resleeve ou By-pass.

*Les complications seront toujours mieux gérées dans votre centre chirurgical.*

*Votre dossier est facilement accessible.*

*L'équipe chirurgicale vous connaît.*

## SUITES

Le premier mois, le patient commence à s'habituer à son nouvel estomac.  
Il faut manger très lentement pour ne pas remplir ce petit estomac.

Hacher la viande pendant trois semaines.

Il conviendrait de respecter les règles suivantes :

Fractionner les prises alimentaires en trois repas et deux collations.

Manger dans le calme à heures régulières.

Ne manger que des petits morceaux.

Mastiquer longuement.

A l'apparition d'une sensation de satiété, arrêter de manger.

Une cuillerée à café de plus pourrait faire vomir (petit estomac).

Prendre le temps d'apprécier le repas.

Boire le moins possible pendant les repas.

Boire souvent en dehors des repas, par petite quantité. Pas de boissons gazeuses.

Conserver un apport protidique suffisant.

Respecter des heures de sommeil suffisantes.

Reprendre une activité physique régulière.

L'activité physique régulière la plus simple est la marche : 3 fois 30 minutes par semaine.

Après le premier mois ajouter 2 séances d'une demi-heure de renforcement musculaire par semaine.

**Se faire suivre régulièrement par son médecin traitant**

## SUIVI

Les premiers mois, tout est facile : les kilos fondent sans trop de problème et le poids descend facilement.

Mais, dans les mois qui suivent, va devenir plus compliqué de perdre du poids : des paliers dans la courbe de poids vont apparaître.

Les années qui suivent, l'activité physique peut être abandonnée, les mauvaises habitudes alimentaires peuvent revenir (grignotage) et des problèmes privés et professionnels peuvent apparaître.

Ainsi l'intervention va devenir de moins en moins efficace.

L'équipe est à vos côtés pour vous préparer à ces éventualités, vous apporter un regard extérieur, et vous guider tout le long du chemin.

Le suivi doit être considéré comme un coaching.

Le seul moyen de perdre durablement du poids est de modifier son comportement alimentaire (3 repas, 2 collations) et d'augmenter son activité physique.

L'obésité étant une maladie chronique, ce suivi doit être assuré à long terme.

Les patients seront vus 4 fois la première année, puis 2 fois par an.

Le recours à la chirurgie réparatrice est possible après stabilisation de la perte de poids, 12 à 18 mois après chirurgie bariatrique, en l'absence de dénutrition.

### **L'endocrinologue**

Le diabète va s'améliorer après l'intervention, et le traitement doit être adapté par votre médecin (60 à 80% de rémission du diabète de type 2 à court et moyen terme).

Le rôle du **diététicien** dans le suivi après l'intervention est primordial.

Leur but est d'encourager et aider le patient opéré dans la poursuite de sa perte de poids en lui évitant les mauvaises habitudes alimentaires et en lui permettant de prendre du recul sur le comportement alimentaire et ses changements.

### **Le chirurgien**

Son rôle est de diagnostiquer les problèmes qui peuvent survenir après l'intervention chirurgicale, car il connaît bien le dossier.

Il prescrira éventuellement différents examens nécessaires pour le diagnostic.

Son conseil est précieux.

### **Le psychiatre**

La perte de poids est une perte de volume, et cela peut poser un véritable problème comportemental : difficulté à s'habituer à son nouveau corps, aussi bien en se regardant dans un glace qu'en se palpant. Ce problème peut nécessiter une ou plusieurs consultations avec le psychiatre, afin de franchir ce cap.

Ce suivi ne doit pas être interrompu.

### **Le pneumologue**

L'apnée du sommeil s'améliore avec la perte de poids (30 kg). C'est le moment de consulter votre pneumologue.

### **Le cardiologue**

Pour la surveillance de votre hypertension qui va s'améliorer et l'adaptation du traitement.

## **RESULTATS A LONG TERME**

### **Perte de poids**

Les résultats de la chirurgie, dans les études publiées, sont meilleurs que ceux du traitement médical. La perte de poids s'exprime en « perte moyenne d'excès de poids ». Elle est habituellement de l'ordre de 4 kg par mois, pendant les 6 premiers mois, puis de 2 à 4 kg par mois. A 5 ans, en moyenne, la perte de poids est de 70 à 75 % de l'excès de poids. A 8 ans de 50 à 70%.

Exemple : Une personne pèse 100 kg et son poids idéal est 60 kg, son excès de poids est de 40 kg (100 - 60). Si elle a perdu 20 kg, sa "perte d'excès de poids" est de 50% (il s'agit de résultats "moyens", certains patients perdent 100% de leur excès de poids, tandis que d'autres perdent beaucoup moins).

## **Mortalité**

La chirurgie de l'obésité permet d'améliorer la mortalité. En moyenne les patients obèses opérés vivent plus longtemps que ceux non opérés.

## **Maladies associées**

### **- Diabète**

La Sleeve entraîne une amélioration très rapide du diabète type 2 (effet vraisemblablement lié aux modifications anatomiques apportées par la chirurgie).

Il est nécessaire après l'intervention de doser régulièrement la glycémie, pour diminuer le traitement médical et éviter l'hypoglycémie.

### **-Hyperlipidémies**

Elles sont toujours améliorées.

Une surveillance biologique est nécessaire.

L'arrêt des médicaments spécifiques est souvent possible.

### **-Maladies cardio vasculaires et respiratoires**

L'Hypertension artérielle est toujours améliorée. Un contrôle régulier de la tension artérielle est nécessaire pour adapter le traitement anti hypertenseur.

L'apnée du sommeil est toujours améliorée. En général, quand la perte de poids dépasse les 30 kg, l'appareillage nocturne n'est plus nécessaire.

### **-Maladies rhumatologiques**

Elles sont améliorées.

## **Qualité de vie**

La qualité de vie est toujours améliorée par la chirurgie.

Un questionnaire évalue cinq critères : l'estime de soi, l'activité physique, la vie sociale, les conditions de travail et l'activité sexuelle.

## **La Grossesse**

La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez la femme enceinte (dosage des BHCG dans les 48 heures avant l'intervention).

En cas de désir de grossesse, il est logique de différer l'intervention.

Si le projet de maternité est plus tardif (1 an ou plus), l'opération est possible.

Attendre la fin de la période d'amaigrissement, qui dure environ 2 ans, avant de réaliser ce projet (contraception recommandée).

## Le parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité

