

Gastroplastie

Il existe différentes techniques dont le but est de réduire le volume de l'estomac chirurgicalement (utilisation d'agrafes, ou d'anneau). Il devient impossible d'ingérer de grandes quantités de nourriture. Ces restrictions alimentaires forcées aboutissent à des carences nutritionnelles.

Cette fiche ne se prétend pas exhaustive. 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.

Histoire des interventions chirurgicales

Opération sur l'intestin

Les premières développées avaient pour objectif de contrarier ou d'empêcher l'absorption par l'intestin des aliments ingérés. 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.

Opérations gastriques

Description

A partir des années 1970, on s'est donc 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	<u>Verticales "Mason"</u>	<u>By-pass gastrique</u>

- Soit une gastroplastie horizontales ou verticales : associées à un calibrage de l'orifice débouchant sur le reste de la paroi gastrique (voir dessin en haut).

- Soit une gastroplastie « by-pass gastrique » : Elles sont radicalisées par une fermeture complète de la petite poche gastrique créée et dérivée par un segment d'intestin grêle (voir dessin en haut).

La constitution de la « poche » est réalisée par l'application d'agrafes métalliques. Ces opérations, encore largement pratiquées, se sont montrées très efficaces, la perte de la surcharge allant de 50% à 80%.

Inconvénients

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

- De nécessiter une laparotomie, c'est-à-dire une large ouverture de l'abdomen, source potentielle chez l'obèse de complications.

- De perdre parfois leur efficacité du fait d'une disparition des agrafes redonnant un volume normal à l'estomac.

- De ne pas être calibrable, l'ouverture entre les deux segments d'estomac risquant d'être trop étroite ou trop large.

- De ne pas être réversible, ou difficilement.

Tout cela explique le développement actuel de la gastroplastie par cerclage.

La gastroplastie par cerclage (anneau ajustable)

Le mot "gastroplastie" est un mot grec composé de 'gaster', qui signifie estomac, et 'plastie' qui signifie modification de la forme. 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 principe est de serrer l'anneau autour de la partie supérieure de l'estomac de telle sorte qu'il soit divisé en deux à la façon d'un sablier :

- La partie haute de l'estomac, qui reçoit les aliments, est réduite à une petite poche de 15 à 20 ml (3 à 4 cuillères à soupe) donc vite remplie par la nourriture ingérée conduisant à un rassasiement rapide.

- Le reste de l'estomac placé sous l'anneau formant une seconde poche dans laquelle les aliments passent lentement, avant d'être digérés normalement.

Ce principe associé au fait que l'absorption de nourriture en quantité excédant la taille de la poche, ou en qualité excédant le diamètre de l'anneau (morceaux non mastiqués) provoque une sensation de blocage et/ou de vomissement permettent de réduire de

façon très importante le volume de la ration alimentaire, et du même coup, l'apport énergétique total de la ration, sans que le porteur de l'anneau souffre de la faim.

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.

L'anneau est positionné 2 cm au-dessous de l'œsophage. Il comporte deux parties :

- Une enveloppe externe en silicone.
- Une enveloppe interne qui est gonflable avec du sérum physiologique. Cette dernière est reliée, par un cathéter, à un petit boîtier sous-cutané profond (2,5 cm de diamètre) par lequel on a la possibilité de réinjecter ou d'enlever du liquide.

On fait ainsi varier le calibre interne de l'anneau en fonction des besoins :

- En plus s'il y a vomissements fréquents et une perte de poids trop rapide.
- En moins si l'alimentation reste trop importante et la perte de poids insuffisante.

Le boîtier est installé à gauche de l'ombilic, contre le plan musculaire, donc suffisamment en profondeur pour ne pas gêner. Une sensation désagréable à ce niveau est néanmoins possible pendant quelques semaines, notamment lorsque l'on se penche en avant.

Un mois après l'intervention, Si la tolérance est bonne, le gonflage de l'anneau sera pratiqué, sous contrôle radiologique, par une simple ponction du boîtier à l'aiguille fine, ne nécessitant pas d'anesthésie. Ce caractère réglable, qui permet en quelque sorte de programmer une perte de poids "à la carte", est fondamental.

Pourquoi l'opération comme traitement

On sait que de nombreuses maladies ont une fréquence très augmentée chez les personnes obèses : maladies cardiaque et vasculaire par athérome, hypertension artérielle, diabète non insulino-dépendant, certains cancers féminins... L'espérance de vie est également diminuée par rapport à la population non obèse.

D'autre part, la vie quotidienne, familiale et sociale, est entravée chez l'obèse, victime des préjugés et du regard des autres. La chirurgie n'a donc pas une vocation principalement esthétique, mais s'adresse à une population limitée d'obèses sévères.

Le parcours avant l'opération

Qui est candidat à la gastroplastie ?

La grande médiatisation dont bénéficie actuellement cet acte chirurgical ne doit pas conduire à une banalisation abusive d'un acte qui n'est réellement indiqué que pour une minorité d'obèses. Or le terrain est glissant car la majeure partie de la population

souhaite maigrir, même en l'absence de surpoids réel, et les gens se montrent souvent peu raisonnables tant au niveau des moyens qu'ils sont prêts à mettre en oeuvre pour y parvenir, qu'en ce qui concerne leur objectif pondéral. Diététiciens et nutritionnistes reçoivent régulièrement en consultation des femmes ayant un indice de masse corporelle inférieur ou égal à 21 (ces personnes sont donc loin de l'obésité), qui désirent atteindre un poids correspondant à un IMC inférieur à 19 voire même à 18...

Réalisme, mûre réflexion et démarches longues (on parle de "parcours du combattant" : chirurgien, psychiatre, pneumologue, cardiologue, diététicien, anesthésiste, ...) sont donc indispensables afin d'éviter échecs et imprudences aux lourdes conséquences. Du fait de ses multiples contraintes, elle doit donc être réservée à des patients très sélectionnés. Vouloir la pratiquer chez quelqu'un qui n'aurait que 20 kilos à perdre serait une erreur grave.

L'opéré doit

- * Avoir un âge compris entre 18 et 60 ans.
- * Avoir tenté pendant au moins 4 ans une prise en charge diététique dans des conditions sérieuses (cures en institutions agréées, diététique de groupe, régimes auprès de médecins nutritionnistes qualifiés...) ayant fait la preuve de leur échec.
- * Présenter un surpoids de 45 kg au moins ou bien du double de son poids idéal, tel que l'on peut l'établir en fonction de sa taille. On peut également définir un index de masse corporelle (IMC ou BMI) : poids divisée par la taille au mètre carré, qui doit être supérieur à 40. Ce critère strict définit l'obésité morbide.
- * Avoir au préalable l'avis d'un médecin endocrinologue et d'un psychiatre qui évaluent les solutions alternatives et la maturité vis à vis de la chirurgie.

Il faut avoir conscience du débat qui a lieu au sein de la communauté médicale à propos de cette opération. Pour certains, elle n'est justifiée qu'en présence de complications médicales (diabète, hypercholestérolémie, hypertension artérielle...). Pour d'autres, l'obésité morbide en elle-même est un risque suffisant pour indiquer la chirurgie, avant précisément que se développent des complications. Les avis internationaux penchent pour le moment en faveur des seconds, sous réserve des critères cités plus haut. Il ne faut pas s'attendre à une unanimité dans un futur proche, même si la faisabilité de l'intervention sous coelioscopie représente un progrès largement apprécié.

- Les sujets dont le BMI (Body Mass Index ou Indice de masse corporelle) est situé entre 30 et 40 ne sont pas, à priori, de « bons » candidats à une gastroplastie. Non pas qu'elle serait moins efficace chez eux mais parce que le risque de complications liées à l'obésité n'y est pas tel qu'il contrebalance les risques de la chirurgie.

- Pour les obésités considérables (BMI > 50), il est souvent nécessaire d'obtenir, en pré opératoire, une réduction du poids, par régime, de façon à réduire les difficultés opératoires, parfois telles qu'elles empêchent la mise en place de l'anneau. Chez tous, il

est indispensable d'obtenir, avant l'opération, un arrêt du grignotage, facteur d'échec de la gastroplastie.

La prise de décision

Vous avez compris qu'il ne s'agit pas d'une opération « miracle », « minute », mais d'une réponse potentielle 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 nutritionniste et un psychiatre. De la sorte, vous devriez être en mesure de peser votre décision.

Les examens préalables

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.....), soit de nature chirurgicale (présence d'une hernie hiatale, d'un ulcère gastrique...).

Il y a un grand nombre d'examens. Pour une part d'entre eux, ils sont à l'appréciation du médecin anesthésiste qui vous aura examiné lors d'une consultation préalable. Vous effectuerez donc :

- Une consultation psychiatrique : on doit être sûr que vous supporterez psychologiquement l'intervention.

- Un bilan endocrinien étendu, avec une consultation d'un endocrinologue nutritionniste : on doit être sûr que votre obésité n'est pas la conséquence d'un dérèglement hormonal. Le médecin vous préparera aussi, à la nouvelle hygiène alimentaire et la nouvelle façon de composer vos repas.

- Une prise de sang pour les examens biologiques usuels.

-Une endoscopie de l'estomac. C'est un examen un peu inconfortable mais que l'on peut réaliser sous anesthésie générale. Il est indispensable de vérifier l'absence d'ulcère ou d'inflammation ou la présence d'une hernie hiatale associée.

- Les Epreuves Fonctionnelles Respiratoires (EFR) et une consultation d'un pneumologue.

- Un électrocardiogramme et une consultation en cardiologie.

- Une échographie abdominale, pour éliminer la présence de calculs vésiculaires. Cela imposerait une première intervention : enlever la vésicule, car elle présente un danger majeur d'infection.

- La consultation anesthésique : c'est l'anesthésiste qui décide en dernier lieu, au vu de tous les éléments du bilan, si l'intervention aura lieu.
- Si nécessaire, une préparation cutanée (désinfection de mycoses situées dans les plis abdominaux) sera réalisée la semaine précédant l'opération.

2 types d'anneau

Il en existe plusieurs et en voilà deux.

Kuzmak Anneau Américain

Anneau Allemand

Comment se passe l'opération ?

- Vous entrerez la veille au soir, éventuellement le matin de l'opération, à jeun bien sûr.
- 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. Il est exceptionnel aussi que l'on ne mette pas l'anneau pour des difficultés techniques inattendues. L'intervention est alors reportée.
- 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). La chambre est fixée, l'intervention est terminée. Elle a durée de 1h30 à 3h00 selon les difficultés de dissection, grandement conditionnées par le degré d'obésité. La perte de sang est insignifiante.
- L'opération terminée, vous passerez la première nuit en service de soins intensifs. Vous n'aurez qu'une perfusion veineuse. Les douleurs postopératoires sont calmées par des antalgiques puissants, elles sont souvent minimes ou même nulles.
- Le premier lever peut avoir lieu le soir même de l'intervention. L'alimentation, liquide et progressive, est débutée dès le lendemain matin. L'hospitalisation est de 3 à 5 jours (post-opératoire). Une radiographie de contrôle de l'estomac et un examen Doppler sont pratiqués avant le départ.

Convalescence

- Les suites sont peu ou pas douloureuses, passée la première nuit. Vous recevrez des anticoagulants pendant quelques jours (une injection sous cutanée par jour).
- La convalescence est de un mois. Les efforts importants sont déconseillés pendant cette période. L'arrêt de travail sera de une à trois semaines.

- Une feuille comportant des conseils diététiques vous est remise avant votre départ : les repas doivent être équilibrés et, bien sûr, peu abondants. Cela n'est qu'indicatif car les capacités d'alimentation demeurent larges, à l'exception des grosses bouchées. Il est toutefois utile de prendre d'emblée de bonnes habitudes qui seront utiles lorsque le dispositif sera gonflé à pleine capacité : Fractionner les prises alimentaires en 4 ou 5 petits repas, ne pas boire d'eau pendant les repas, mixer ou mouliner le jambon, la viande ou le poisson de façon à obtenir une consistance semi-liquide ou "tendre".

Alimentation

Mangez lentement

Si vous voulez perdre un maximum de poids, il est primordial, après deux ou trois semaines d'adaptation, que vous mangiez, essentiellement des aliments solides et non pas mixés (ces derniers seront néanmoins utiles dans les premiers jours qui suivent l'opération). Pour que ces aliments puissent passer par le pertuis créé par le cerclage, il vous faudra les mastiquer longuement afin de n'avalier que des aliments "mixés en bouche". Ainsi, les aliments mastiqués pourront à la fois vous caler et être digérés.

Si vous prenez des aliments liquides, crémeux ou mixés, il passeront mais ne vous caleront pas. Si, à l'inverse, vous mangez des aliments solides, sans les mastiquer, vous vous sentirez mal, et vous augmenterez les risques de vomissements à court terme et d'échec à long terme.

Ne soyez pas donc étonné si, même en mangeant de plus petite quantités qu'avant, vos repas durent plus longtemps. Prenez donc le temps de manger. Cette mastication prolongée vous permettra par ailleurs de mieux apprécier la saveur des aliments car elles augmentent leur temps de contact avec les papilles du goût qui tapissent votre bouche.

Vos repas

Au cours du repas, dès que la poche supérieure de votre estomac sera pleine, elle enverra à votre cerveau un signal l'informant que vous avez suffisamment mangé : vous vous sentirez rassasié. Soyez à l'écoute de cette sensation, apprenez à la reconnaître et interrompez votre repas à ce moment. Si vous dépassez régulièrement ce stade, vous souffrirez de nausées, de vomissements.

De plus, votre estomac s'allongera, se détendra, et le cerclage n'aura plus aucune efficacité : vous ne perdrez plus de poids et vous reprendrez même les kilos perdus. Par ailleurs, des complications (par exemple, la dilatation de la poche) pourraient survenir au niveau de l'estomac, nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale.

Dès les premiers jours, efforcez-vous quotidiennement de manger lentement trois petits repas par jour.

Les aliments à privilégier

Les besoins de votre corps ne sont pas modifiés par l'intervention, votre nourriture devra donc être équilibré et vous apporter santé et forme.

- Du pain ou des féculents, riches en protéines végétales et en glucides lents, sources d'énergie pour le cerveau, les organes et les muscles.
- Des légumes et/ou un fruit pour les fibres, les vitamines et les minéraux.
- Un aliment source de protéines animales : viandes, poissons, oeufs ou produits laitiers. Essayez de manger du poisson au moins deux fois par semaine en privilégiant les poissons gras source de graisses fort utiles pour la peau, les artères et le cerveau.
- Un peu de matières grasses en privilégiant les huiles (colza et olive, notamment), riches en acides gras essentiels.

Aliments à éviter

Deux catégories d'aliments sont à éviter.

- Ceux que vous auriez du mal à digérer : certains légumes particulièrement fibreux comme la partie centrale des feuilles de salade verte, les poireaux ou les asperges ; parfois la viande ou le riz. Il est difficile de définir à l'avance les aliments qui, pour vous "ne passeront pas", car chaque individu réagit différemment.
- Ceux qui nuiraient à votre perte de poids : car ils ne sont pas arrêtés par le cerclage. C'est notamment le cas des aliments mixés, crémeux ou liquides. Vous éviterez donc purées, compotes, crèmes glacées et produits laitiers trop crémeux ou trop sucrés : ils vous empêcheraient de maigrir. Attention également aux matières grasses (huiles, beurre ou margarine) très riches en calories et elles aussi peu freinées : modérez les quantités.
- Ne pas trop saler l'alimentation afin de diminuer la sapidité des aliments et permettre ainsi de réduire l'appétit.

Les boissons

Si vous buvez à l'heure des repas, la nourriture devient alors trop liquide dans votre estomac, ce qui accélère son passage par le pertuis et le rend donc moins efficace. Evitez donc de boire pendant le repas ainsi que dans les deux heures qui suivent. Une exception, si vous êtes amateur : un verre d'un bon vin qui vous dégusterez non pas pour étancher votre soif, mais comme une sorte de "condiment".

Schéma alimentaire après gastroplastie

Petit déjeuner

- * 1 fromage frais (fromage blanc 0 à 20 %, yaourt nature, petit-suisse allégé)

- * 2 biscottes ou 40 g de pain

- * beurre (5 g soit une noisette)

- * 1 boisson chaude non sucrée ou lait demi-écrémé (à consommer en fin de repas pour éviter de remplir l'estomac trop rapidement)

10heures

- * ½ fruit cuit écrasé ou 1/2 compote sans sucre.

Déjeuner

- * 50 g de poisson ou viande ou jambon ou 1 œuf

- * légumes verts en purée ou mixés + matière grasse (5 g)

- * ½ fruit cuit écrasé

16 heures

- * 1 fromage frais

- * 1 biscotte ou 20 g de pain

Dîner

- * 50 g de poisson ou viande ou jambon

- * féculents (riz, pâtes, semoule, pommes de terre.) + Matière grasse (5 g)

- * 1 fromage frais.

Entre les repas

- * En raison de la petite taille de vos repas, il est possible que vous ayez faim entre les repas. Dans ce cas, offrez-vous une collation qui soit à la fois sans risque pour votre amaigrissement et riche en éléments nutritifs essentiels. Par exemple : une tranche de pain complet avec du fromage, un fruit, un yaourt ou du fromage blanc, quelques biscuits secs, des tomates cerises, des cornichons ou autres légumes à la croque.

- * Puisqu'il vous est recommandé de ne pas boire aux repas et dans les deux heures qui suivent, c'est entre les repas qu'il vous faudra boire, au moins un litre et demi de liquide : de l'eau bien sûr, mais également en fonction de vos goûts, café, thé, tisanes, etc. Evitez de sucrer ces derniers (par contre vous pouvez les déguster avec un édulcorant), éliminez définitivement tous les sodas sucrés et tous les jus de fruits, les deux étant à peu près aussi caloriques et non arrêtés par le cerclage gastrique.

- * En ce qui concerne les sodas édulcorés (boissons "light"), limitez-en la quantité à un ou deux verres par jour : sinon, ils risquent d'accentuer votre attirance pour les aliments

sucrés. Evitez, par ailleurs, de les consommer dans l'heure qui précède les repas car elles perturberaient alors les mécanismes du goût.

* Enfin comme c'est le cas au moment des repas, évitez de boire en même temps qu'une collation : celle-ci traverserait alors trop vite votre estomac et vous calmerait moins bien l'appétit.

Les suppléments vitaminiques

En fonction de vos besoins et de votre façon de manger, vous aurez peut être besoin de certains suppléments en vitamines et en minéraux pour éviter les carences comme les folates (ou vitamine B9), la vitamine B12, le fer ou le calcium. Cependant, de tels compléments sont dangereux en cas d'excès. Aussi, n'en prenez pas vous-même l'initiative ; seul votre médecin pourra déterminer ceux dont vous avez besoin.

Le problème des médicaments

En général, vous continuerez à prendre après l'opération les médicaments dont vous aviez besoin avant. Cependant, si certains comprimés sont trop gros et ont du mal à passer par le pertuis, il vous faudra les couper en morceaux ou les consommer après dissolution dans de l'eau. Par ailleurs, votre chirurgien ou votre médecin vous conseillera peut-être d'éviter certains médicaments agressifs pour l'estomac tels que l'aspirine ou les anti-inflammatoires.

A mesure que vous maigrirez, il est probable que d'éventuelles complications de l'obésité telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou les hyperlipémies s'améliorent, voire se normalisent ; dans ce cas, votre médecin vous proposera sans doute de diminuer les doses voire d'arrêter complètement le traitement correspondant.

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, inconvénients 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 ».

Celles du geste opératoire

* Il 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.

* 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. Parfois, il est nécessaire d'avoir recours à une incision classique pour achever la dissection de l'estomac ou placer correctement l'anneau. 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.

Ces risques sont bien réels, mais faibles, de l'ordre de 2 à 5 %. Le risque de décès est de l'ordre de 1 pour mille.

Celles liées au matériel implanté

Comme pour toute prothèse, il y a possibilité de dysfonctionnement, et donc de ré intervention. Dans 10 à 20% des cas, dans les différentes séries d'opérées publiées dans les revues médicales, sont survenues des complications liées à l'anneau.

* Rares sont les perforations de la paroi gastrique par l'anneau lui-même. Elles nécessitent son retrait.

* Plus fréquentes sont les obstructions de l'estomac, liées soit à la dilatation de la petite poche gastrique, au-dessus de l'anneau, qui, une fois dilatée, capote, entraînée par son poids. Il faut alors, et cela rapidement, dès qu'apparaissent douleurs et vomissements, faire une radio pour dépister la complication et y remédier en dégonflant complètement le ballonnet. En effet, les choses peuvent s'arranger de la sorte.

* Plus embêtant est le déplacement de l'anneau qui, en devenant oblique, peut aussi obstruer l'estomac lui-même. Une solution peut être un repositionnement chirurgical de l'anneau, ou son retrait. Ainsi, le retrait de l'anneau est-il parfois nécessaire. Dans certaines séries chirurgicales il a été rapporté jusqu'à 20% de ré intervention.

Celles à plus long terme

L'amaigrissement n'est pas homogène. Il y a donc possibilité de disgrâce esthétique au niveau des plis (abdomen surtout, mais aussi cuisses, bras, seins...), ce qui peut faire l'objet d'une chirurgie plastique de correction, un à deux ans après la gastroplastie.

L'opération est-elle vraiment réversible?

L'opération est conçue pour être réversible. Le matériel prothétique peut toujours être enlevé, par une intervention similaire, c'est-à-dire à nouveau par coelioscopie le cas échéant.

Ce n'est toutefois par une option souhaitable et elle n'est que rarement demandée En cas d'insatisfaction, l'anneau modulable offre l'avantage d'un dégonflage total possible. Une reprise de poids est également possible à long terme en cas de prise fréquente de boissons ou crèmes sucrées. La tendance au grignotage est un écueil classique qu'il vaut mieux combattre avant l'intervention, en se "désintoxiquant" des aliments sucrés.

Le gonflage ou dégonflage du ballonnet

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 le service de radiologie de l'hôpital. Le premier « gonflage » 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 80% de l'excès pondéral étalée sur une période de un an est un objectif réaliste et raisonnable.

Les autres mesures

L'activité physique

Dès que vous aurez suffisamment maigri pour pouvoir bouger sans risque pour votre cœur ou vos articulations et après accord de votre médecin, prévoyez de consacrer trois heures par semaine au sport ou une heure par jour aux activités légères (marche, vélo, montée des escaliers, ménage, etc.). C'est très important pour votre réussite à long terme.

Le soutien psychologique

Il reste important, surtout si vos prises de nourritures en grande partie liées à vos émotions ou aux événements extérieurs.

Les résultats

Le poids d'équilibre est atteint en 2 ou 3 ans. Les résultats sur la perte de poids sont constants, sauf défaut technique. Si vous considérez le poids que vous avez en trop (excès de poids), l'opération doit vous en faire perdre 60 à 70 % en 12 à 18 mois. Exemple : une patiente mesure 1 m 60 et pèse 110 kg Son excès de poids théorique est de 55 kg Elle peut espérer perdre 36 kg un an après la chirurgie. C'est une moyenne, des variations étant possibles selon l'âge, le sexe, le poids initial au moment de l'intervention. Il dépend aussi de votre hygiène alimentaire et des exercices physiques.

Les limites / problèmes

Banalisée par les médias, la gastroplastie peut apparaître comme "le" remède contre l'obésité. En terme de santé publique, l'intérêt de cette chirurgie reste pourtant à démontrer.

Lyon est sans conteste la ville des contradictions ! Connue pour sa gastronomie, elle l'est également pour la gastroplastie, c'est-à-dire la chirurgie de l'obésité. Pour la seule année 1999, plus de 2 000 interventions de ce type y ont été pratiquées, soit le quart des gastroplasties réalisées en France. Cette " spécialité " vient-elle renforcer la notoriété médicale de la ville ? Pas vraiment, selon la Dre Brigitte Frois, médecin conseil à la CMR (Caisse régionale des artisans et commerçants du Rhône.) du Rhône qui a réalisé une enquête sur le sujet, pour le compte de l'Urcam (Union régionale des caisses

d'assurance maladie de Rhône-Alpes). La Dre Frois et certains de ses collègues se sont émus du nombre croissant de gastroplasties réalisées depuis l'introduction de la technique de l'anneau modulable dans la région.

Complications, ré interventions

Rendue publique au mois de mars 2002, cette étude portait sur le devenir des malades opérés entre 1995 et 1997 et sur le respect des référentiels médicaux et médico-administratifs par les chirurgiens. Sur le premier point, la gastroplastie semble donner de bons résultats, puisque les auteurs observent une perte de 52 % du poids après cinq ans, et " un degré de satisfaction élevé" chez les opérés". Cependant, pondère la Dre Frois, ces bons résultats sont obérés par un taux de complications chirurgicales (43 %) et de ré interventions (20 %) dans les cinq années qui suivent la pose de l'anneau ".

Sur le second point, les chirurgiens n'ont pas respecté les bonnes pratiques dans 23 % des cas étudiés et l'Urcam note que la prise en charge multidisciplinaire destinée à évaluer l'intérêt de cette chirurgie pour une personne donnée est absente dans 84 % des cas. " Le problème c'est la dérive des indications, commente le Dr Dominique Fasquel, directeur du service médical de l'assurance maladie à Lyon, elle amène certains chirurgiens à opérer des cas limites, alors que la gastroplastie doit rester une technique de dernier recours, lorsque toutes les autres formes de prises en charge ont échoué. "

Des enjeux économiques

La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), qui constate des " dérives " a donc lancé un programme national de contrôle des gastroplasties. "Avec cette action d'envergure, nous espérons harmoniser les raisonnements et la réflexion pour que l'on ne fasse pas de cette chirurgie une démarche banale, vulgarisée dans l'opinion, et comme étant la solution miracle à tous les problèmes de l'obésité ", précise la Dre Anne Toselly, en charge de ce programme.

Même si la Sécurité sociale refuse de réduire ce contrôle à une simple histoire de gros sous, il faut reconnaître que les enjeux économiques de cette chirurgie sont loin d'être négligeables.

- D'abord parce que la France est un des rares pays à rembourser cette chirurgie.
- Ensuite parce que la Cnam, qui se pose volontiers en redresseur de tort, dénonce le coût élevé de ces interventions, soit 3 300 euros en moyenne pour un anneau modulable. Or, jusqu'à preuve du contraire, ce sont ses propres médecins-conseils qui ont délivré les sésames, puisque cette opération est soumise à une entente préalable.

Témoignages

Témoignage de Popyts

Nous sommes en janvier 2001 et je suis encore à 137 kilos, les régimes que je fais ne marchent pas mais bon je ne les suis pas très sérieusement non plus !

Un soir je vois un reportage sur la gastroplastie, je ne connaissais pas du tout ce truc là. Je me suis dit que j'allais en parler à mon médecin traitant et là ho surprise elle me dit que non ce n'est pas bien mais je suis têtue !! J'appelle une clinique près de chez moi pour savoir si cette opération est pratiquée chez eux on me répond que oui alors je prends rendez-vous avec le chirurgien.

Mon rendez-vous arrive.

- Le chirurgien me teste en me disant que ce n'est pas facile non plus. Il me dit que je dois voir un psychiatre ainsi qu'une nutritionniste et que sans leur accord l'opération me sera refusée.

- Le psy tente en fait de se rendre compte si moralement je supporterai de beaucoup moins manger car et oui pas facile de ne plus pouvoir se jeter sur la nourriture pour compenser !

- La nutritionniste donne son avis quant au sérieux que l'on pourrait avoir avec la gastroplastie !

J'ai aussi de nombreuses prises de sang à faire, électrocardiogramme, divers radio, une fibroscopie bref pas mal de choses !

Je vois le psy et la nutritionniste à 2 reprises, ils sont ok pour l'opération car il faut savoir que si l'un ou l'autre refuse l'opération ne peut avoir lieu. Le 15 mars 2001 j'entre en clinique la peur au ventre !!! Je suis opérée le 16 et je ressors le 19. Pas de douleur des suites de l'opération si ce n'est que c'est dur de ne pas pouvoir manger de suite.

En rentrant chez moi j'ai un peu peur de ne pas trop savoir quoi manger mais alors je me contente de purée et compote puis très vite je remange en mâchant bien et surtout en sachant arrêter lorsque je n'ai plus faim ! Il est difficile de distinguer au début la faim de l'envie de manger.

Je fais un petit resserrage en août 2001, j'ai alors perdu 67 kilos en tout et pour tout !

Le seul problème que j'ai eu avec la gastroplastie est à cause du coca light que je buvais à outrance. Les bulles ne sont pas bonnes et ça a fait bouger l'anneau mais mon chirurgien a alors ouvert totalement l'anneau. Cela fait 5 mois que mon anneau est desserré et je n'ai pas repris de poids en mangeant de tout. Il faut savoir que l'on prend de vraies habitudes alimentaires à savoir :

- ne plus manger si on n'a plus faim.
- bien mâcher.
- prendre son temps.

ATTENTION : ce n'est cependant pas la joie tous les jours !!! Difficile de ne plus pouvoir manger de pain, de salade, de riz par exemple mais il faut savoir que certains arrivent à manger des aliments très compact, je pense que là nous sommes assez différents ! Difficile de ne plus pouvoir se faire un bon resto de temps en temps ! Bref il a pas mal

d'effort à fournir et je comprend maintenant pourquoi il faut avoir l'accord du psy avant car à mon avis certaines personnes font un peu n'importe quoi ce qui engendre ensuite de graves problèmes.

Il m'est arrivé de devoir me faire vomir car j'avais mangé trop vite ou alors en ne mâchant pas assez et dans ce cas ça coince dans l'anneau et houlala ça fait mal !!!!

Témoignage de Babeth qui n'a pas le Net (rapporté par Marie-Laure)

Personne de sexe féminin entre 50 et 60 ans. Babeth.

Son médecin lui a donné sept mois de réflexion pour l'habituer à l'idée de ce régime et à ses conséquences mais aussi pour préparer l'intervention et la mettre en garde des risques liés à son âge (toute opération comporte un risque. Il est d'autant plus important que l'âge est avancé.). Je tiens à préciser que Babeth est une ancienne infirmière.

Poids de départ : 123,5 Kg

Poids actuel : 93 Kg

- 30 Kg en un an et demi environ

Elle désirait un régime progressif non contraignant (pas d'impératif de temps, ni de silhouette). Seulement être mieux dans sa peau sans avoir à compter les calories.

Durant les sept mois précédant l'intervention, son médecin a étudié son comportement alimentaire. (Elle notait tout sur un cahier : ce qu'elle mangeait et les événements qui déclenchaient parfois les crises d'absorption) et la progression de son poids. Elle a même vu un psychologue. Donc un vrai suivi médical en ce qui la concerne.

L'opération s'est passée dans un hôpital sous anesthésie générale. Elle a été une totale réussite avec des cicatrices minimes et surtout sans douleur post-opératoire : du beau travail.

Pendant les deux mois qui ont suivi l'intervention elle devait manger équilibré en privilégiant les légumes et les laitages au détriment de la viande (mal digéré). Il lui est (encore maintenant) interdit de boire pendant le repas. Elle ne peut boire qu'une heure avant ou après un repas.

Deux mois après l'intervention, son médecin lui a resserré l'anneau pour diminuer sa ration alimentaire. Dès qu'elle fait un écart, elle a des nausées.

Elle a beaucoup perdue la première année, mais désormais à tendance à ne perdre qu'un kilo environ par mois. Elle avoue que ces deux derniers mois ont été très difficile pour elle (nombreux problèmes familiaux et de santé de son mari) et qu'elle a craqué quelquefois pour des pâtisseries ou féculents. Mais elle a banni définitivement les aliments gras ou frits (glaces, frites, beignets, crème pâtissière ou au beurre, biscuits...). Son estomac ne les supporte plus.

Si elle ne perd pas davantage les deux mois prochain, son médecin a prévu une cure de deux à trois semaines en centre spécialisé pour l'amaigrissement. Ils sont coupés du monde extérieur et reprennent ou corrigent leurs erreurs alimentaires dans un cadre calme et reposant. Tout est pris en charge à 100% par la sécurité sociale (nouvelle cure comprise). L'accord de la sécurité sociale est soumis à de nombreuses conditions dont la plus importante est d'avoir à perdre plus de 30 kilos.

L'anneau restera posé jusqu'à l'obtention du poids désiré (en l'occurrence 75 kg pour elle). Elle est plus que raisonnable car elle a une petite taille (inférieure à 1m60). Personnellement, je pense qu'elle devrait continuer jusqu'à 65-68 kilos, mais comme je l'ai dit plus haut, elle veut juste être mieux dans sa peau.

Elle n'a aucune fatigue à suivre ce régime et est déjà plus que satisfaite des résultats obtenus.

Témoignage d'Anna qui n'a pas le Net (rapporté par Marie-Laure)

Personne de sexe féminin entre 40 et 45 ans .Anna.

Son médecin lui a laissé un à deux mois de réflexion. Elle était très motivée au départ. On ne lui a pas parlé des douleurs qui peuvent suivre l'opération, seulement des risques.

Poids de départ : 120 Kg

Poids actuel : 100 Kg

- 20 Kg en six mois environ.

Il faut signaler que cette personne souffre de rétention d'eau. Suite aux deux mois de réflexion (c'est très court) il y a eu prise de rendez-vous. Pas d'étude pour déterminer les causes de l'obésité.

Durant son séjour :

-1er jour : rien, on lui humectait seulement les lèvres.

-Ensuite les 4 jours suivants, on lui donnait à boire toutes les deux heures environ (quand ils n'oubliaient pas) du lait, de l'eau ou du jus d'orange. Mais jamais deux fois de suite la même chose. Et aux heures de repas un yaourt ou une compote. Le peu qu'elle ingurgitait lui donnait la nausée et beaucoup de gaz (A mon avis elle souffrait mais n'osait pas se plaindre. Elle ne voyait que les promesses de ce régime.).

Elle n'avait pas faim (l'anneau étant resserré au maximum), mais elle avait très soif et les quantités (½ verre) ne lui suffisait pas. (Je serais déjà morte de faim et de soif).

Avant de quitter l'hôpital, on lui a donné un régime très strict à respecter durant plusieurs semaines avec des quantités très faibles mais progressives et chiffrées. La perte tu t'en doutes, a été fulgurante au départ mais elle s'est essoufflée au sens propre comme au sens figuré. 20 kilos c'est bien mais avec une diète pareille, il est étonnant qu'elle n'ait pas perdue davantage

Elle m'avait dit qu'il lui desserrerait l'anneau au bout de six mois et le lui enlèverait totalement au bout d'un an et demi. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis ce temps là.

J'ai oublié de dire que la cicatrice de l'opération était jolie mais on devine dessous le petit boîtier renfermant l'anneau alors que chez Babeth on ne voit rien du tout.

PS : Merci à Marie-Laure d'avoir recueilli deux témoignages et à Popyts pour nous avoir fait profiter de son expérience. En espérant que ce dossier aidera de nombreuses personnes à y voir plus clair. Si des personnes veulent témoigner e/ou infirmer des éléments de cette fiche, qu'elles n'hésitent pas.