Opération de l'estomac obésité

Gastric Bypass et Sleeve Gastrectomie

azdelta

Contenu

1. Définition de l'obésité 4
2. Types d'intervention 5
3. Coût 9
4. Examens avant l'intervention 10
5. Entretien avec le psychologue 11
6. Le régime avant l'opération 12
7. Complications possibles 13
8. Alimentation après l'opération 14
9. Suivi et directives 15
10. En savoir plus ? 16

© AZ Delta
Cette publication ne peut être copiée en tout ou en partie, ni rendue publique, de quelque manière que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Chère patiente, Cher patient,

Le surpoids constitue un grave risque pour la santé dans le monde occidental. Le surpoids extrême est associé à des conséquences potentiellement mortelles. La thérapie médicamenteuse est souvent inefficace à long terme. Des interventions chirurgicales pour l'obésité morbide ont été mises au point ces 40 dernières années.

Les recommandations internationales sur le traitement de l'obésité soulignent l'importance d'une **collaboration multidisciplinaire** axée sur les aspects physiques, psychosociaux, nutritionnels et moteurs. Au sein de l'hôpital également, les soins consistent en une composition de différentes disciplines (médecine, diététique, psychologie, physiothérapie...)

Si vous avez encore des questions après avoir parcouru cette brochure, n'hésitez pas à les poser à votre médecin traitant. Notre équipe se tient en permanence à votre disposition pour toute question ou remarque.

L'équipe Obésité AZ Delta

1 Définition de l'obésité

Chez l'homme, le critère le plus utilisé pour l'obésité est l'indice de masse corporelle. L'IMC est une évaluation du poids par rapport à la taille et se calcule comme suit : le poids corporel en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré.

Par exemple : une personne pesant 85 kilogrammes et mesurant 1,70 m a un IMC de 29.
85 : (1,70 x 1,70) = 29

IMC entre 17,5 et 18,5 = insuffisance pondérale
IMC entre 18,5 et 25 = poids sain
IMC entre 25 et 30 = surpoids
IMC entre 30 et 40 = obésité
IMC supérieur à 40 = obésité très sévère

Conséquences de l'obésité

- Diminution de la mobilité et problèmes orthopédiques (sollicitation du dos et des genoux)
- Troubles cutanés
- Maladies cardiovasculaires
- Apnée du sommeil
- Diabète de type 2
- Maladies gastro-intestinales
- Diminution de la fertilité
- Image corporelle perturbée et image de soi négative
- Troubles de l'humeur
- Troubles alimentaires
- ...



Cette brochure traite de l'opération laparoscopique de bypass gastrique et de sleeve gastrique. Notre objectif est de vous faire prendre une décision mûrement réfléchie quant au fait de subir ou non l'opération. Cette brochure contient des informations sur l'intervention, le déroulement, le coût, la préparation, les complications possibles et le suivi.

2 Types d'intervention

Il existe différentes techniques chirurgicales dans le traitement de l'obésité pour vous aider à maigrir. Les interventions peuvent être classées selon leur manière de procéder. Certaines opérations veillent à limiter fortement la quantité de nourriture que vous pouvez manger par repas (restriction). D'autres veillent à réduire l'absorption de la nourriture par l'organisme (malabsorption). Il existe en outre des interventions qui consistent en une combinaison de ces deux techniques.

À l'échelle mondiale, les preuves scientifiques les plus nombreuses concernant la procédure de bypass gastrique et de sleeve gastrectomie. Nous privilégions par conséquent ces interventions.

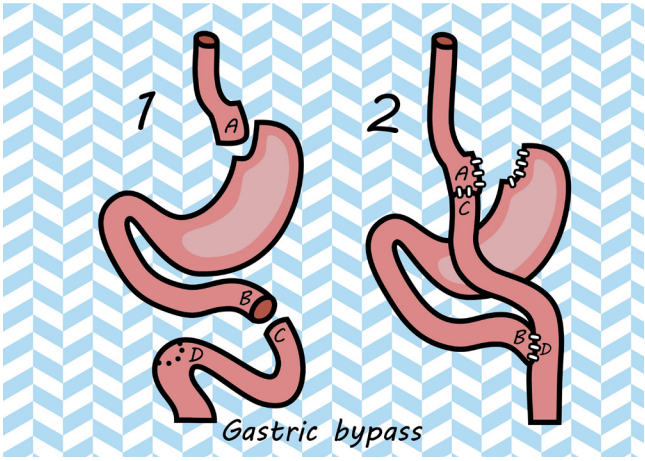
a. Bypass gastrique

Quoi ?
Un bypass gastrique ou bypass gastrique avec anse en Y (RYGB) est une intervention excluant l'estomac, le duodénum et une partie de l'intestin grêle. Son action principale consiste à veiller à limiter fortement la quantité de nourriture que vous pouvez manger par repas (restriction), sans sensation de faim et avec une sensation de satiété prolongée. L'absorption des graisses et des sucres est aussi légèrement limitée (malabsorption). Manger des composants nutritionnels hautement caloriques, principalement des sucres, procurera une sensation d'inconfort, ce qui contribuera à des habitudes alimentaires plus équilibrées après l'opération.

À l'aide d'agrafes, un nouveau petit réservoir gastrique est créé dans la partie supérieure de l'estomac (voir image (A)). Ce nouveau réservoir n'a plus de passage avec le reste de l'estomac. On va chercher l'intestin grêle (C) pour le relier au nouvel estomac (A + C). Par un passage étroit, la nourriture va tout de suite du nouvel estomac à l'intestin grêle. L'ancien estomac et le duodénum sont ainsi court-circuités ou « bypassés ». On ne retire pas l'ancien estomac ou l'estomac restant. Cette intervention est de ce fait **réversible**.

Enfin, l'extrémité du duodénum (B) est à nouveau reliée à l'intestin grêle, au moins 60 cm plus loin (D) que la liaison du nouvel estomac. Cette nouvelle liaison du duodénum à l'intestin grêle (B + D) permet de mélanger le suc gastrique, la bile et le liquide pancréatique avec la nourriture. Ceci est nécessaire pour une digestion normale.

Cette opération convient particulièrement aux patients plutôt **sucrés** et ayant un **métabolisme lent**.



Chirurgie exploratoire
L'opération de bypass gastrique est en principe réalisée par laparoscopie, c'est-à-dire par chirurgie exploratoire. Cela se fait sous anesthésie générale. L'intervention dure environ 45 à 60 minutes. Par défaut, l'opération a lieu le premier jour de l'hospitalisation et on prévoit 1 nuit d'hospitalisation.

Résultats
On note en moyenne 70 à 75 pour cent de perte de surpoids, et ce, environ un an à un an et demi après la réalisation de l'intervention. Cette perte de poids est généralement maintenue à plus long terme aussi.

Outre cette perte de poids, plusieurs affections associées au surpoids s'améliorent ou disparaissent. Le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'apnée du sommeil réagissent particulièrement bien à un bypass gastrique.

b. Sleeve gastrectomie

Quoi ?
Une sleeve gastrique ou sleeve gastrectomie (SG) est une intervention consistant à retirer environ deux tiers de l'estomac (= le grand virage de l'estomac). La partie restante de l'estomac prend ainsi la forme d'un tube.



Comme on retire effectivement le grand virage gastrique et qu'on ne le rend pas seulement inaccessible, la concentration de quelques substances actives produites par l'estomac est également réduite (notamment la ghréline). La sensation de faim disparaît ainsi, alors que la quantité de nourriture ingérée est beaucoup moins importante.

Un deuxième avantage offert par cette intervention est qu'en cas de résultats insuffisants ou parfois comme deuxième étape chez les patients souffrant d'une forme sévère d'obésité, la sleeve peut facilement être transformée en bypass gastrique ou une autre intervention (p. ex. SADI-S). Par rapport au bypass gastrique, le volume de l'estomac après une sleeve gastrectomie est plus important, ce qui ralentit la perte de poids.

Cette opération convient particulièrement **aux patients qui mangent de grandes quantités**. Elle profitera moins aux

patients qui consomment principalement des sucres (bonbons et sodas). Cela est dû au fait qu'après l'opération, on peut continuer à consommer des bonbons et des sodas et qu'on maigrira donc peu, voire pas du tout.
En raison de l'ablation d'une partie de l'estomac, cette intervention **irréversible.**

Chirurgie exploratoire
L'opération de sleeve gastrectomie est en principe réalisée par laparoscopie, c'est-à-dire par chirurgie exploratoire. Cela se fait sous anesthésie générale. L'intervention dure environ 30 à 45 minutes.

Résultats
On note en moyenne 40 à 50 pour cent de perte de surpoids, et ce, environ un an à un an et demi après la réalisation de l'intervention. Cette perte de poids est généralement maintenue à plus long terme aussi.

3 Coût

Un bypass gastrique coûte environ 5990 euros. Avec l'intervention de la mutuelle, la partie à charge du patient est de 1100 à 1400 euros.
Une sleeve gastrique coûte en moyenne 4990 euros. Avec l'intervention de la mutuelle, la partie à charge du patient est de 700 à 1000 euros.
Attention : ces prix sont indicatifs.
Vous avez une assurance hospitalisation ? Dans ce cas, celle-ci intervient généralement dans la partie à charge du patient, mais en fonction de la police souscrite. Mieux vaut vous renseigner auprès de votre assureur.

Si vous avez des questions d'ordre financier, vous pouvez contacter le service Facturation au 051 23 76 66 ou par e-mail à l'adresse factuur@azdelta.be.

Pour entrer en ligne de compte pour une intervention, vous devez répondre aux **conditions** fixées par la loi.

- Avoir au moins 18 ans.
- Avoir un indice de masse corporelle (IMC) de 40 ou plus. OU avoir un IMC de 35 ou plus et souffrir de diabète sucré, de syndrome d'apnée obstructive du sommeil, d'hypertension artérielle (insuffisamment contrôlée avec 3 médicaments différents).
  OU après une intervention bariatrique aux résultats insuffisants et/ou une prise de poids après cette intervention.
- Avoir suivi un régime documenté pendant au moins 1 an, sans résultats durables (auprès d'un diététicien, Weight Watchers, Infraligne...).
- Un avis favorable multidisciplinaire après discussion par un chirurgien, un endocrinologue ou un interniste, un psychologue clinique et un diététicien.

Par ailleurs, il faut également remplir plusieurs **critères médicaux**.

- Ne pas avoir de dépendance à l'alcool et/ou à la drogue.
- Avoir suffisamment de motivation pour adapter son mode de vie et son alimentation après l'opération et être disposé à un suivi à vie.
- Ne pas être enceinte et de préférence ne pas vouloir d'enfant dans l'année qui suit l'intervention.
- Pas de maladie psychiatrique grave et incontrôlable ni de trouble alimentaire. En cas d'affections psychiques graves, on contacte le psychiatre traitant et/ou le psychologue.

4 Examens avant l'intervention

Un dépistage multidisciplinaire doit être réalisé avant l'opération. Ces examens dépendent d'un patient à l'autre et peuvent comprendre certains des examens suivants :

- une gastroscopie (regarder dans l'estomac pour exclure par exemple les ulcères gastriques et les inflammations de l'œsophage).
- une prise de sang.
- vérification par un endocrinologue ou un spécialiste hormonal (pour vérifier si votre surpoids n'est pas d'origine hormonale).
- information et évaluation par un(e) diététicien(ne).
- entretien avec un psychologue.

5 Entretien avec le psychologue

Le surpoids a une incidence négative dans de nombreux domaines de la vie, comme l'humeur, les interactions sociales, l'image de soi... Le but de l'intervention est d'obtenir une **bonne qualité de vie.** Une perte de poids extrême à court terme est cependant aussi un événement lourd sur le plan psychologique. L'intervention peut dans ce cadre être un outil puissant, mais n'est pas une solution globale.

L'entretien avec le psychologue a pour but de fournir les informations nécessaires pour parvenir à un choix éclairé :

- sonder votre motivation à réaliser l'opération
- interroger sur l'état psychique général
- explorer le comportement lié à l'alimentation (boulimie, comportement alimentaire émotionnel, alcool...).
- donner une psychoéducation et délivrer des conseils
- s'arrêter sur votre capacité et votre charge.

Il est important que vous ayez une image réaliste de vos propres points faibles et points forts afin de pouvoir mieux gérer les pièges qui se présenteront sans doute après l'intervention, comme l'alimentation émotionnelle. Un suivi psychologique à plus long terme est également encouragé chez certains patients.

6 Le régime avant l'opération

Nous demandons à nos patients de suivre un régime avant l'opération. Ces adaptations alimentaires réduisent le risque de complications en réduisant le volume du foie. Pour de plus amples informations et/ou des questions, n'hésitez pas à vous adresser aux diététiciens. Vous retrouverez en outre de plus amples informations dans la brochure que vous recevrez auprès des diététiciens.

Régime protéique

Pendant 10 jours avant l'opération, vous devez suivre un régime protéique à l'aide de shakes ou vous limiter strictement aux aliments suivants :

- yaourt maigre, blanc, sans sucre (éventuellement ajouter un édulcorant artificiel) ou fromage blanc maigre
- yaourt aux fruits maigre sucré avec édulcorant
- lait écrémé et babeurre sans sucre (ou éventuellement lait de soja allégé nature)
- soupe de légumes faite maison à base de légumes, d'eau et de bouillon pauvre en graisse :
  - PAS de liant (=pommes de terre, farine, pâtes)
  - NE PAS ajouter de soupe en poudre, en boîte ou en brique
  - NE PAS ajouter de crème
- légumes crus ou cuits :
  - SANS mayonnaise ni vinaigrette.
  - PAS de haricots, de petits pois, de betteraves rouges, de maïs.
- café, thé, eau, eau gazeuse

Arrêter de fumer

Outre l'alimentation, il est également recommandé, si possible, d'arrêter de fumer six semaines avant l'opération. Il s'agit d'une directive générale, conseillée lors d'une intervention. Le tabagisme a une incidence négative sur l'irrigation sanguine et donc aussi sur la cicatrisation des plaies.

7 Complications possibles

Pendant ou peu après l'intervention

Les complications à court terme surviennent dans les 30 jours suivant l'intervention et sont directement ou indirectement liées à l'opération récente. Les complications précoces importantes les plus fréquentes sont une infection, une hémorragie, une fuite/perforation, une obstruction/sténose, une thromboembolie veineuse et un infarctus.
Le risque de telles complications est influencé par l'état général du patient, par exemple le nombre et la gravité des autres affections.
Actuellement, une réadmission dans les 30 jours est nécessaire chez environ 2,5 à 5 % des patients.

Source : Rapport KCE 2019

À un stade ultérieur après l'intervention

- carence en fer, en acide folique, en vitamines et en minéraux (RYGB)
- perte de cheveux (temporaire)
- ralentissement de la cicatrisation des plaies
- éventration
- obstruction ou hernie interne (RYGB)
- calculs biliaires dus à l'amaigrissement
- rétrécissement à la sortie de l'estomac
- reflux (SG)
- ulcère gastrique
- prise de poids après l'intervention en raison de la dilatation du nouvel estomac, de la sortie de l'estomac
- ...

8 Alimentation après l'opération

Il est important de se rendre compte que l'opération seule ne suffit pas à gérer votre surpoids. Vous devez adopter un mode de vie sain en faisant **suffisamment d'exercice physique** et en respectant les **règles alimentaires** prescrites. La motivation à adapter vos habitudes de vie est par conséquent très importante à la perte de poids durable.

Le/la diététicien(ne) discutera en détail avec vous des règles alimentaires avant l'opération. Il est par exemple très important de bien mâcher, de manger lentement et d'arrêter de manger dès la première sensation de satiété. Pendant le repas, on ne peut rien boire. Nous recommandons de ne pas boire une demi-heure avant, pendant et une demi-heure après le repas. Nous visons une alimentation saine et équilibrée avec une limitation des graisses et des sucres rapides. Après l'intervention, nous remettons la brochure d'information « **Conseils nutritionnels en cas de chirurgie bariatrique** ».

Chez un certain nombre de patients, une nouvelle prise de poids est observée à plus long terme. La cause la plus fréquente est la modification du comportement alimentaire. L'élargissement systématique des portions peut entraîner une augmentation du petit estomac, notre estomac étant un muscle. Il est important de respecter les portions plus petites !

La possibilité d'un suivi ultérieur après l'opération par un diététicien est offerte, ce que nous recommandons fortement. Vous trouverez les coordonnées à la fin de la brochure.

9 Suivi et directives

Pour obtenir de bons résultats et minimiser le risque de complications, un bon suivi par le chirurgien et le/la diététicien(ne) est nécessaire. Après l'opération, nous remettons une brochure reprenant des directives concrètes : « **Suivi après une intervention bariatrique** ». Par ailleurs, un accompagnement auprès du psychologue peut être initié à votre demande après l'opération. Nous pouvons également vous conseiller quant à un programme d'exercice physique.

Pour obtenir et maintenir un effet optimal après l'intervention, l'accent est mis sur un certain nombre de **directives**. Ces règles contribuent également à prévenir les plaintes et les effets secondaires de l'opération, afin d'aspirer à une meilleure qualité de vie.

1. Exercice physique régulier

Outre l'adaptation des habitudes alimentaires, l'exercice physique régulier est un facteur important à la réussite du traitement et à la durabilité de la perte de poids. Ceci tant avant qu'après l'opération.

L'exercice physique *avant l'opération* réduit les risques de complications et améliore l'état du cœur et des vaisseaux sanguins, ce qui permet une récupération plus rapide.

Les premières semaines après l'intervention, vous pouvez encore ressentir de la fatigue. Vous reprendrez progressivement les activités quotidiennes. Il est préférable d'éviter de soulever quelque chose (plus de 5 kg) les deux premières semaines qui suivent l'intervention.

Ensuite, il est très important d'entretenir une activité physique saine pour optimiser les résultats de l'intervention et éviter une dégradation musculaire pendant la phase d'amaigrissement. Cela peut se faire de votre propre initiative, par le biais d'un kinésithérapeute (p. ex. « Bewegen op verwijzing ») ou via

notre programme de rééducation-bilan (voir brochure « **Bilan, programme multidisciplinaire d'obésité** »).

2. Limiter l'alcool

Des études récentes démontrent clairement qu'une intervention bariatrique a une incidence sur le traitement de l'alcool. Après le bypass gastrique, l'alcool est en effet mieux et plus rapidement absorbé dans la circulation sanguine. Nous conseillons d'éviter l'alcool.

3. Réduire le tabac ou arrêter de fumer

4. Gestion du stress et des émotions

Certaines personnes ne mangent pas seulement par envie de sucré ou de faim, mais aussi en raison des émotions. L'alimentation assume dans ce contexte une tâche de réconfort, de récompense ou de détente. Si vous vous reconnaissez dans ce profil, il sera important de trouver des alternatives. C'est souvent là que réside le piège de déplacer le problème vers l'alcool ou le tabac. En collaboration avec le psychologue, nous examinons ce point de plus près et nous cherchons les meilleures solutions adaptées à votre situation.

5. Éviter les carences en vitamines

Il est important de réaliser régulièrement des analyses de sang pour détecter les carences en vitamines et en minéraux. La prise de suppléments de vitamine et de calcium préventifs est par conséquent recommandée.

10 En savoir plus ?

Apprenez-en plus sur:
www.obesitascentrumwestvlaanderen.be
ou **www.azdelta.be**

Notes

Contact

Coordinateur Obésité
051 23 74 06
obesitascentrum@azdelta.be

AZ DELTA ROULERS
Secrétariat Chirurgie
051 23 71 09
secr.chirurgie.rumbeke@azdelta.be
Secrétariat Endocrinologie
051 23 74 30
secr.endocrino@azdelta.be
Diététicienne Ann Dejager
051 23 75 45
ann.dejager@azdelta.be
Diététicienne Joke De Clercq
051 23 71 54
joke.declercq@azdelta.be
Psychologue Maaike Stevens
051 23 70 38
maaike.stevens@azdelta.be
Secrétariat Physiothérapie
051 23 61 45
secr.fysio@azdelta.be

AZ DELTA MENIN
Secrétariat Chirurgie
056 52 22 43
secr.chirurgie.menen@azdelta.be
Secrétariat Endocrinologie
056 52 22 43
secr.endocrino@azdelta.be
Diététicienne Marianne Casteele
056 52 22 88
marianne.casteele@azdelta.be
Diététicienne Aline Lamblin
056 52 22 89
aline.lamblin@azdelta.be
Psychologue Amber Mullie
t 051 23 80 05
e amber.mullie@azdelta.be
Secrétariat Physiothérapie
056 52 26 85
secr.fysio.menen@azdelta.be

AZ DELTA TORHOUT
Secrétariat Chirurgie
050 23 24 24
secr.chirurgie.torhout@azdelta.be
Secrétariat Endocrinologie
050 23 24 01
secr.inwendige.torhout@azdelta.be
Diététicienne Rita Wauman
050 23 27 39
rita.wauman@azdelta.be
Diététicienne Lies Petyt
050 23 27 33
lies.petyt@azdelta.be
Psychologue Jasmijn De Bouvere
050 23 23 29
jasmijn.debouvere@azdelta.be
Secrétariat Physiothérapie
050 23 24 92
secr.fysio.torhout@azdelta.be

Chirurgiens

Dr Isabelle Debergh
Dr Hans De Loof
Dr Bart Smet
Dr Philip Vanden Borre

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 5797-FR **Cette brochure est revisée le 26/02/2026**