



## Fiche information

### Patient

Création 2016

Mise à Jour:2024

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

Par DR : .....



# ANNEAU DE GASTROPLASTIE

*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](http://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/m<sup>2</sup>. 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 50% 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?

#### L'anneau de gastroplastie

Le principe de l'anneau de gastroplastie est de réduire la capacité de l'estomac en plaçant un anneau autour de la partie supérieure de l'estomac. Cet anneau est relié à un boîtier sous la peau, ainsi en piquant à travers la peau on pourra injecter un liquide (en général de l'eau stérile) dans le système pour ajuster le calibre de l'anneau

Le but de cette opération est de créer un petit estomac au-dessus de l'anneau, qui se remplit très vite lors de l'alimentation, générant une satiété (sensation de ne plus avoir faim) précoce. La quantité de nourriture ingérée est donc considérablement diminuée. Ce petit estomac se vide doucement dans la partie de l'estomac située au-dessous de l'anneau puis la digestion s'effectue normalement. Il est normal, avec un anneau, d'avoir faim au moment des repas. Le système ne peut fonctionner que si la nourriture est de texture normale. Les grignotages, les collations, les aliments riches en calories, les aliments liquides ou semi-liquides doivent absolument être évités.

L'anneau de gastroplastie se pose par voie coelioscopique (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra par des 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).

Vous entrerez la veille ou le matin de l'opération.

L'opération elle-même dure entre 30 mn et 3 h, en fonction

de l'expérience de l'opérateur, de votre poids, de l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen. Il faut rajouter environ 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 assurée par toute l'équipe. Une ré-intervention en urgence peut être nécessaire si une complication est suspectée, mais cela reste exceptionnel. En général, après une gastroplastie par anneau, les suites sont simples, il n'y a pas de sonde gastrique (tuyau dans le nez ou la bouche) ni de drains sortant de la paroi, ni sonde vésicale. En général il n'y a pas de passage en réanimation ni en soins intensifs. Bien sûr, en cas de problèmes, tout ceci peut être modifié ; mais cela reste l'exception.

La durée moyenne d'hospitalisation en France était en 2009 de 2,9 jours, mais elle est généralement plus courte.

Certaines équipes proposent cette opération dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (vous entrez le matin à l'hôpital ou à la clinique et en sortez le soir) chez les patients éligibles

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, vous vous 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

Ce sont des complications rencontrées pendant l'opération ou juste après celle-ci ; ce qui peut conduire alors le chirurgien à réopérer lors de l'intervention, on libère l'estomac dans sa partie haute et une perforation est possible. De même une blessure d'un autre organe est malheureusement toujours possible, entraînant un saignement (hémorragie) lorsqu'il s'agit d'un gros vaisseau (artère et veine), de la rate ou du foie, ou un risque d'infection (péritonite, abcès) comme l'estomac ou l'intestin.

Ces blessures accidentelles, reconnues pendant l'opération sont rapidement traitées sans gros risque en général. Lorsqu'elles ne sont pas vues pendant l'opération, elles nécessitent en général une réintervention et des soins prolongés peuvent s'avérer nécessaires, parfois dans un service de réanimation.

Ces complications sont le plus souvent en rapport avec des

difficultés opératoires, notamment des adhérences (les organes sont collés entre eux) provoquées par des opérations antérieures.

En cas de saignement important, des transfusions de sang ou de dérivés sanguins peuvent être nécessaires, mais elles sont toujours accompagnées d'un protocole de contrôle très précis et sévère de manière à éviter des contaminations, extrêmement rares aujourd'hui, comme l'hépatite ou le SIDA,

Ces complications graves sont en fait extrêmement rares. Globalement, le taux de complications est évalué à 0,2% pour les perforations et 0,3% pour les hémorragies. Le risque de décès est très faible, inférieur à 0,4% dans la littérature(1).

L'obésité 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 des bas de contention et vous devrez vous mobiliser le plus possible.

## COMPLICATIONS APRES L'OPERATION

Ce sont des complications liées au système :

- retournement du boîtier sous la peau, débranchement du tuyau entre le boîtier et l'anneau,
- dilatation de la petite poche située au-dessus de l'anneau, que certains appellent glissement. (2 à 4%)
- exceptionnellement passage de l'anneau dans l'estomac avec ou non infection du système. (1 à 2%)

Après votre retour au domicile la survenue de certains symptômes doit 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. La survenue, même à distance de l'opération, de vomissements répétés doit vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre.

### Quelles sont les contraintes de suivi ?

Vous devez vous engager à revoir votre chirurgien et votre nutritionniste pour un suivi prolongé comportant notamment des conseils alimentaires. Vous devrez reprendre ou développer une activité physique. a été recommandé, un accompagnement psychologique peut également vous être recommandé.

Le principal risque de l'anneau gastrique est l'échec soit d'emblée, soit après plusieurs années. Les causes d'échec sont le non-respect des règles diététiques et l'absence de surveillance. Il ne faut donc pas vous faire poser un anneau gastrique si on ne vous a pas expliqué les règles diététiques

nécessaires, si vous n'avez pas accepté de les suivre ou si vous ne pouvez pas être suivi au moins une fois par an par une équipe spécialisée. Si vous suivez ces règles, à 10 ans vous pouvez espérer une perte d'excès de poids de 59 %. Sinon le risque d'avoir à vous faire enlever l'anneau est élevé (jusqu'à 40 %) avec alors une très forte probabilité de reprendre massivement du poids, ce qui peut conduire à une nouvelle intervention chirurgicale qui comporte un risque majoré de complications  
Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée.

### En résumé

La gastroplastie par anneau ajustable constitue souvent un bon rapport entre bénéfice et risque  
C'est aussi la seule technique entièrement réversible.  
En contrepartie, la perte de poids est moins spectaculaire et moins facile qu'avec les autres techniques, le confort de vie peut être moins bon. Cette technique demande une très grande implication du patient.

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](http://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 ...../...../.....,

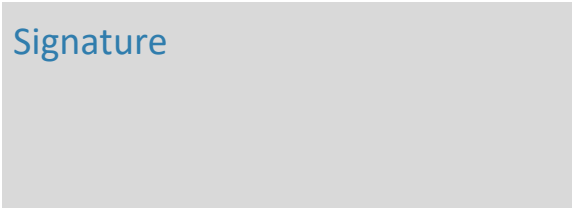
A propos de l'intervention qu'il me propose :

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](http://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