



Fiche information

Patient

Création 2016

Mise à Jour:2024

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

Par DR :



SLEEVE GASTRECTOMIE

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

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

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

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention.

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

QU'EST CE QUE LA GASTRECTOMIE LONGITUDINALE (SLEEVE GASTRECTOMIE) ?

Le principe de la sleeve gastrectomie est de réduire la capacité de l'estomac et de supprimer la zone de sécrétion d'une hormone qui favorise l'appétit (la ghréline). Cette technique provoque donc une satiété précoce et vous mangerez moins. En pratique, on retire les 2/3 de l'estomac et celui-ci est transformé en tube. Cette opération est très efficace sur la perte de votre excès de poids ce qui peut prendre entre 12 et 18 mois, mais souvent moins. Pour atteindre votre objectif, il faut cependant respecter les règles alimentaires et renoncer aux grignotages et

aux liquides hypercaloriques (sodas...).

Cette intervention est récente (2002) et on ne dispose pas encore de résultats au-delà de 5 ans sur des effectifs importants. Cependant les résultats à 5 ans sont très satisfaisants.

POURQUOI FAIRE L'INTERVENTION ?

Vous pouvez être candidat à un traitement chirurgical de l'obésité lorsque votre index de masse corporelle est supérieur ou égal à 40 ; ou supérieur ou égal à 35 avec comorbidités (pathologies associées à l'obésité pouvant être améliorées par une perte de poids). L'index de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids par la taille

en mètre au carré. L'IMC normal est entre 20 et 25 kg/m². Un IMC supérieur ou égal à 40 ou, 35 avec des comorbidités, diminue votre espérance de vie et altère votre qualité de vie par rapport à quelqu'un de votre âge et de votre taille qui a un poids normal.

Le bénéfice attendu de l'opération est que vous perdiez une grande partie de votre excès de poids sans le reprendre le plus longtemps possible et, de ce fait, diminuer, voire supprimer l'hypertension artérielle, le diabète, l'apnée du sommeil, les douleurs, articulaires... (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 poser des questions à votre chirurgien.

Il n'y a jamais d'urgence à réaliser ce type d'intervention.

Il existe plusieurs opérations. Les plus pratiquées actuellement en France sont la sleeve gastrectomie, le by pass gastrique et l'anneau.

Quel est le traitement chirurgical?

La sleeve gastrectomie est quasiment toujours faite par coelioscopie (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra avec de petites incisions allant de 5 à 15 mm, parfois moins). Il peut arriver, exceptionnellement, que l'opération soit faite par une incision classique (laparotomie), soit que cela soit prévu avant l'opération soit que cela soit décidé pendant l'opération par le chirurgien devant l'apparition de difficultés (tissus collés entre eux par des interventions précédentes le plus souvent).

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

L'opération elle-même dure entre 1h et 4h, 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.

Quels sont les risques en rapport avec l'intervention?

Pour réaliser la gastrectomie partielle, l'estomac est agrafé sur environ 20 cm de haut. Il y a un risque de fuite sur cet agrafage ce qui peut provoquer un abcès voire une péritonite. Cela justifie une surveillance étroite pendant votre hospitalisation. Cette complication peut aussi arriver pendant quelques semaines après l'opération. Un suivi médical régulier doit donc être effectué. Le respect scrupuleux des consignes de réalimentation contribue à réduire ce risque. La survenue d'une fuite (fistule) après sleeve gastrectomie nécessite généralement des traitements longs, qui peuvent se compter en semaines et nécessiter des gestes techniques sous anesthésie générale voire une réintervention.

Comme dans toute opération il existe un risque de saignement (hémorragie), qui justifie une surveillance étroite et des prises de sang dans les premiers jours. Une réopération et/ou un traitement médical (transfusion sanguine) pourront être nécessaires suivant la gravité. La création d'un estomac trop étroit empêchant une alimentation correcte est aussi possible mais très rare. Exceptionnellement, une autre intervention sera nécessaire pour régler ce problème.

Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie. Lorsque l'on gonfle le ventre ou quand on met le premier tube pendant l'opération qui peuvent nécessiter d'ouvrir (laparotomie). Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçu lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient. L'excès de poids augmente le risque de phlébite (caillot dans les veines) et d'embolie pulmonaire ; vous devrez avoir, après l'opération, des piqûres pour fluidifier le sang et éventuellement des bas de contention. Globalement le taux de décès après ce type d'opération est inférieur à 0,1% (1).

Quelles sont les suites habituelles?

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

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

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

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

Plus à distance, vous devez vous engager à revoir votre chirurgien et votre médecin spécialiste pour des conseils alimentaires à long terme et le dépistage de complications éventuelles. Vous devrez reprendre ou développer une activité physique quelle qu'elle soit que l'on estime nécessaire ainsi que, si cela vous a été recommandé, un accompagnement psychologique.

Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée.

À

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

Signature

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

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

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

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

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

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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

Je, soussigné (e) Monsieur, Madame,

Reconnait avoir été informé (e) par le Dr

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

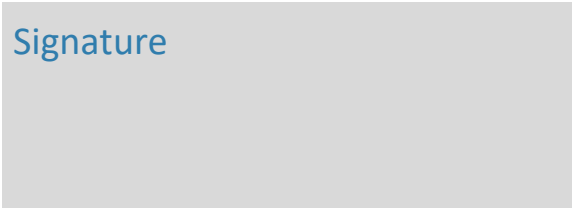
A propos de l'intervention qu'il me propose :

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

À

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

Signature



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

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

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

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

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

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

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

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom :

Prénom :

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

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse :

.....

.....

.....

.....

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

À

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

Signature de la personne