



GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION

Obésité et chirurgie

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec 



Document créé à partir du « Guide d'aide à la décision – obésité et chirurgie » produit par l'**Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL)**

Avril 2011, révision novembre 2015

Adapté par Mylène Landry, infirmière clinicienne, CISSS Côte-Nord, novembre 2019

En collaboration avec Dr Olivier Mailloux et Dre Hélène Milot, chirurgiens généraux

Consultés par : - Nancy Asselin, conseillère cadre au développement de la pratique professionnelle, DSI
- Geneviève Marchand, conseillère cadre – Affaires médicales, DSPEU
- Marie-Élaine Anctil, nutritionniste
- Dave Charlton, chef du département - Pharmacie



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
QU'EST-CE QUE L'OBESITE MORBIDE	1
POURQUOI UTILISER LA CHIRURGIE LORSQU'UNE PERSONNE EST ATTEINTE D'OBESITE MORBIDE ?	1
EST-CE QU'IL EXISTE PLUSIEURS TYPES DE CHIRURGIE ?	2
1. PARTIE 1 : TYPE DE CHIRURGIE	3
1.1 LA GASTRECTOMIE PARIÉTALE « SLEEVE » (CHIRURGIE OFFERTE À L'HÔPITAL LE ROYER)	3
1.2 LA DÉRIVATION BILIOPANCRÉATIQUE AVEC GASTRECTOMIE PARTIELLE (DBP)	4
1.3 LA DÉRIVATION GASTRIQUE (Y-DE-ROUX)	5
1.4 L'ANNEAU GASTRIQUE OU BANDE GASTRIQUE	5
2. PARTIE 2 : FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME À L'HÔPITAL LE ROYER	6
3. RÉFÉRENCES	9
4. TRAJECTOIRE CLINIQUE VERS LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	10

INTRODUCTION

Cette brochure vise à aider la personne atteinte d'obésité à faire un choix éclairé quant à la décision de se faire opérer.

Dans la première partie, on y retrouve les avantages et les inconvénients reliés à chaque type de chirurgie. La deuxième partie explique les démarches à suivre pour être opéré à l'Hôpital Le Royer.

Qu'est-ce que l'obésité morbide

L'obésité dite morbide est une obésité sévère qui a des conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes atteintes. L'obésité est classée par l'indice de masse corporelle (IMC).

L'IMC est le calcul du poids par rapport à la taille.

Exemple :

Poids de 264 lbs converti en kg = $264 / 2,2 = 120$ kg

Taille de 5 pi 7 po converti en m = $67 \text{ po} \times 2,54 = 170 \text{ cm} / 100 = 1,70$ m

IMC = $\frac{120 \text{ kg}}{1,70 \text{ m} \times 1,70 \text{ m}} = 41 \text{ kg/m}^2$

On parle d'obésité morbide lorsque l'IMC est de 35 kg/m^2 et qu'il s'accompagne de maladies associées ou qu'il est supérieur ou égal à 40 kg/m^2 .

Pourquoi utiliser la chirurgie lorsqu'une personne est atteinte d'obésité morbide ?

Les diètes sont presque toutes efficaces pour initier une perte de poids. Cependant, dans les situations d'obésité morbide, elles sont presque toutes inefficaces pour maintenir la perte de poids.

L'évolution médicale au cours des 40 dernières années a permis de raffiner l'approche chirurgicale. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît cette approche comme le seul traitement disponible et efficace pour les usagers ayant un IMC de plus de 40 kg/m^2 .



Est-ce qu'il existe plusieurs types de chirurgie ?

Il existe différents types de chirurgies qui se basent sur les principes suivants :

- La **restriction** qui diminue la quantité de nourriture que peut contenir l'estomac ;
- La **malabsorption** qui diminue la quantité de nourriture digérée et absorbée dans l'intestin ;
- La **combinaison de la restriction et de la malabsorption**. C'est le cas de la dérivation gastrique et de la dérivation bilio-pancréatique avec gastrectomie pariétale (DBP).

Les types de chirurgies bariatriques sont décrites dans la prochaine partie. Cependant, à l'Hôpital Le Royer, une seule chirurgie est offerte, la **gastrectomie pariétale seule** (« Sleeve »). Les autres sont présentées à titre informatif.

Advenant qu'une chirurgie autre que la gastrectomie pariétale vous convienne mieux, vous serez rencontré(e) et une référence à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumonie de Québec (IUCPQ) sera faite pour vous.

1. PARTIE 1 : TYPE DE CHIRURGIE

Aucune des chirurgies n'est parfaite. Chacune présente ses avantages et ses inconvénients.

1.1 La gastrectomie pariétale « Sleeve » (chirurgie offerte à l'Hôpital Le Royer)

Définition

- Réduction de 75 % du volume de l'estomac.

Perte de poids

- 15 % à 25 % du poids initial après deux à cinq ans ;
- Reprise de poids variable, fréquente après deux ans.

Risques

- Décès relié à l'opération dans moins de 0.3 % des cas ;
- Complications entre 3 % et 15 %, principalement des difficultés d'alimentation.

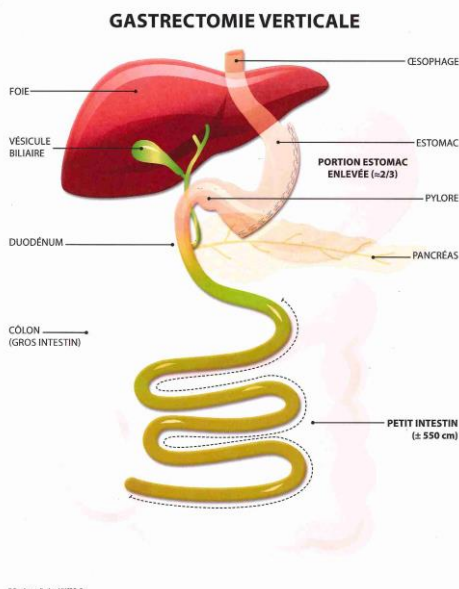
Avantages

- Procédure simple avec un risque chirurgical moindre ;
- Améliore les problèmes de santé reliés à l'obésité (tels que le diabète, l'apnée du sommeil, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie), à la condition de perdre du poids et de maintenir cette perte.

Inconvénients

- Réduction importante de la quantité d'aliments pouvant être ingérée ;
- Présence de reflux ou de nausées fréquentes ;
- Présence de vomissements occasionnels ;
- Reprise de poids chez certains opérés qui nécessitent une deuxième intervention, souvent la dérivation biliopancréatique (DBP).

La guérison et l'amélioration des problèmes de santé ne peuvent pas être assurés à long terme si reprise de poids.



1.2 La dérivation biliopancréatique avec gastrectomie partielle (DBP)

Définition

- Réduction de 75 % du volume de l'estomac ;
- Dérivation de l'intestin qui a comme conséquence l'absorption partielle des aliments.

Perte de poids

- 35 % à 50 % du poids initial après un à deux ans ;
- Perte de poids maintenue après 10 (dix) ans.

Risques

- Décès relié à l'opération dans moins de 0.5 % des cas ;
- Complications à long terme de 15 %, principalement des déficiences en vitamines, protéines et minéraux.

Avantages

- Guérit ou améliore :
 - Le diabète de type 2 à 92 %, selon la durée de la prise d'insuline ;
 - L'hypertension artérielle à 50 % ;
 - L'apnée du sommeil à 86 % ;
 - La dyslipidémie (cholestérol haut) à 95 %.
- Diminue le risque de maladie cardiovasculaire ;
- Permet de manger des repas de volume presque normal.

Inconvénients

- En moyenne 10 % d'échec de l'opération ;
- Perturbation de la flore intestinale avec présence de ballonnements et gaz malodorants chez 1/3 des opérés ;
- Présence de deux à six selles par jour, parfois de la diarrhée ;
- Risque plus important de déficit en protéines, vitamines et minéraux ;
- Prise de cinq suppléments différents à vie (calcium, fer, multivitamines, vitamines A et D) ;
- Requiert un suivi à vie rigoureux avec l'équipe de chirurgie bariatrique.

La guérison et l'amélioration des problèmes de santé ne peuvent pas être assurés à long terme si reprise de poids.

1.3 La dérivation gastrique (Y-de-Roux)

Définition

- Réduction de l'estomac permettant de contenir 30 millilitres (2 cuillères à soupe) de nourriture à la fois ;
- Dérivation de l'intestin qui a comme conséquence l'absorption partielle des aliments.

Perte de poids

- 25 % à 35 % du poids initial après un à deux ans ;
- Maintien de la perte de poids après cinq ans.

Risques

- Décès relié à l'opération dans moins de 0,5 % des cas ;
- Complications à long terme de 15 %, principalement des déficiences en vitamines et minéraux et des difficultés d'alimentation.

Avantages

- Guérit ou améliore :
 - Le diabète de type 2 de 65 % à 80 % selon la durée de la prise d'insuline,
 - L'hypertension artérielle à 50 %,
 - L'apnée du sommeil à 84 %,
- Diminue le risque de maladie cardiovasculaire ;
- Chirurgie favorisée si reflux gastro-oesophage (RGO).

Inconvénients

- En moyenne, 15 % d'échec de l'opération ;
- Réduction importante de la quantité d'aliments pouvant être mangés ;
- Présence de malaise à l'estomac suivant la prise de certains aliments ;
- Risque de déficit en vitamines et minéraux ;
- Prise de quatre suppléments vitamines et minéraux à vie ;
- Suivi à vie.

La guérison et l'amélioration des problèmes de santé ne peuvent pas être assurés à long terme si reprise de poids.

1.4 L'anneau gastrique ou bande gastrique

Définition

- Réduction de l'estomac permettant de contenir 10 à 15 millilitres (1 cuillère à soupe) de nourriture à la fois.

Note : Cette chirurgie n'est plus pratiquée, mais les usagers intéressés peuvent être rencontrés pour en discuter.

2. PARTIE 2 : FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME À L'HÔPITAL LE ROYER

L'implication de l'utilisateur est essentielle à la réussite globale de la chirurgie. Cette implication :

- Réduit le risque de reprise de poids ;
- Limite les risques de carences alimentaires ;
- Limite le risque d'apparition d'effets secondaires.

Pour être éligible à la chirurgie pratiquée à l'Hôpital Le Royer, la personne doit :

- 1) Avoir un IMC de 35 kg/m² et plus avec des problèmes de santé associés, tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil, l'arthrose, etc., **OU** de 40 kg/m² et plus avec ou sans problèmes de santé associés.
- 2) Avoir déjà appliqué des stratégies de perte de poids.
- 3) Être prêt à s'engager à participer à un suivi à vie avec l'équipe de chirurgie de l'Hôpital Le Royer en plus du suivi régulier avec le médecin de famille.
- 4) Être prêt à faire des modifications à ses habitudes de vie :
 - Inclure dans son alimentation l'ingestion quotidienne d'aliments riches en protéines ;
 - Réduire la consommation d'aliments riches en gras et en sucre ;
 - Éviter les excès alimentaires ;
 - Prendre les suppléments à vie selon les recommandations de l'équipe ;
 - Éviter la consommation de boissons gazeuses ;
 - Cesser le tabagisme.
- 5) Ne pas avoir de dépendance d'alcool ou de drogues.
- 6) Être en mesure de prendre un congé de maladie de trois mois suivant la chirurgie.

**L'ENGAGEMENT À VIE DE L'USAGER EST NÉCESSAIRE
C'EST UN PENSEZ-Y BIEN...**

VOICI LES ÉTAPES PRÉVUES AU PROGRAMME :

1. Référence à la clinique bariatrique

Votre référence pour une consultation à la clinique bariatrique est acceptée **exclusivement** par télécopieur au numéro suivant : **418 295-3604**.

Il est nécessaire que votre référence provienne de votre médecin de famille pour que votre demande soit acceptée par la clinique bariatrique.

2. Questionnaire à remplir afin de permettre l'étude de votre dossier

Un guide d'aide à la décision, un journal alimentaire, un formulaire d'engagement et un questionnaire vous sont postés pour nous aider à étudier votre dossier. Pour être éligible, le formulaire d'engagement et le questionnaire doivent être retournés dans les six semaines suivant la date d'envoi. Un accusé de réception sera envoyé par courriel ou par la poste dans les six à huit semaines suivantes. Le formulaire d'engagement est utilisé pour valider votre compréhension de la démarche clinique demandée.

3. Classification de votre dossier

Chaque dossier est étudié par une équipe multidisciplinaire constituée de : chirurgien, infirmière, nutritionniste, kinésiologue et travailleur social afin d'établir votre priorité sur la liste d'attente. Ensemble, ils vont le classer pour en déterminer le cheminement clinique.

4. Ouverture de dossier à la clinique bariatrique

Par la suite, une infirmière appellera chaque personne inscrite dans les mois suivants pour un premier rendez-vous téléphonique. Elle pourra aussi donner des instructions à l'utilisateur ou lui demander des évaluations à compléter afin de documenter davantage la demande. Une nutritionniste va aussi faire une première intervention pour évaluer et bien orienter l'utilisateur dans le processus clinique.

5. Préparation à la rencontre chirurgicale

Cette étape vise à rencontrer le chirurgien et d'autres membres de l'équipe, selon les problèmes de santé de l'utilisateur. Ces consultations permettront d'avoir en main toutes les informations nécessaires quant à la décision d'opérer ou non.

La rencontre des professionnels de la santé est prévue sur deux ou trois jours. Suite à celle-ci, il est parfois nécessaire de revenir pour passer des examens ou rencontrer un ou des médecins.

6. Cheminement clinique et accompagnement thérapeutique

Une fois l'opération autorisée, cette étape a pour but de s'assurer que l'utilisateur soit bien préparé. Elle peut s'étendre sur quelques semaines, selon les recommandations de l'équipe professionnelle. Il peut y avoir des rencontres avec des professionnels, des suivis téléphoniques, des séances d'informations, etc.

7. Rencontres préopératoires

Trois à quatre semaines avant l'opération, l'usager est revu par l'infirmière qui lui donnera les dernières instructions pour terminer sa préparation, faire les derniers prélèvements requis et lui faire signer différents documents. La nutritionniste et le chirurgien pourraient aussi le convoquer.

L'usager sera admis le jour même de l'opération.



L'USAGER DOIT ASSUMER SON HÉBERGEMENT AU COURS DE L'ÉVALUATION ET DE LA PRÉPARATION À L'OPÉRATION

8. Opération et hospitalisation

Le séjour hospitalier est de deux à quatre jours en moyenne et selon l'évolution postopératoire.

9. Suivi postopératoire

À votre sortie de l'Hôpital, vous devrez :

- Respecter une diète molle pour les trois premières semaines ;
- Faire ajuster la médication par votre médecin de famille ;
- Vous assurer de faire votre bilan sanguin dans les délais requis pour pouvoir rencontrer le chirurgien pour votre suivi postopératoire.

L'infirmière de la clinique bariatrique vous avisera de la date et l'heure de votre prochain rendez-vous avec votre chirurgien.

À vie, vous devrez :

- Prendre des suppléments (minéraux et vitamines) ;
- Avoir des prises de sang à intervalles réguliers ;
- Suivre les instructions de l'équipe médicale concernant l'ajustement des suppléments prescrits ;
- Vous présenter aux rendez-vous de suivi médicaux ;
- Poursuivre le maintien de vos nouvelles habitudes de vie.



3. RÉFÉRENCES

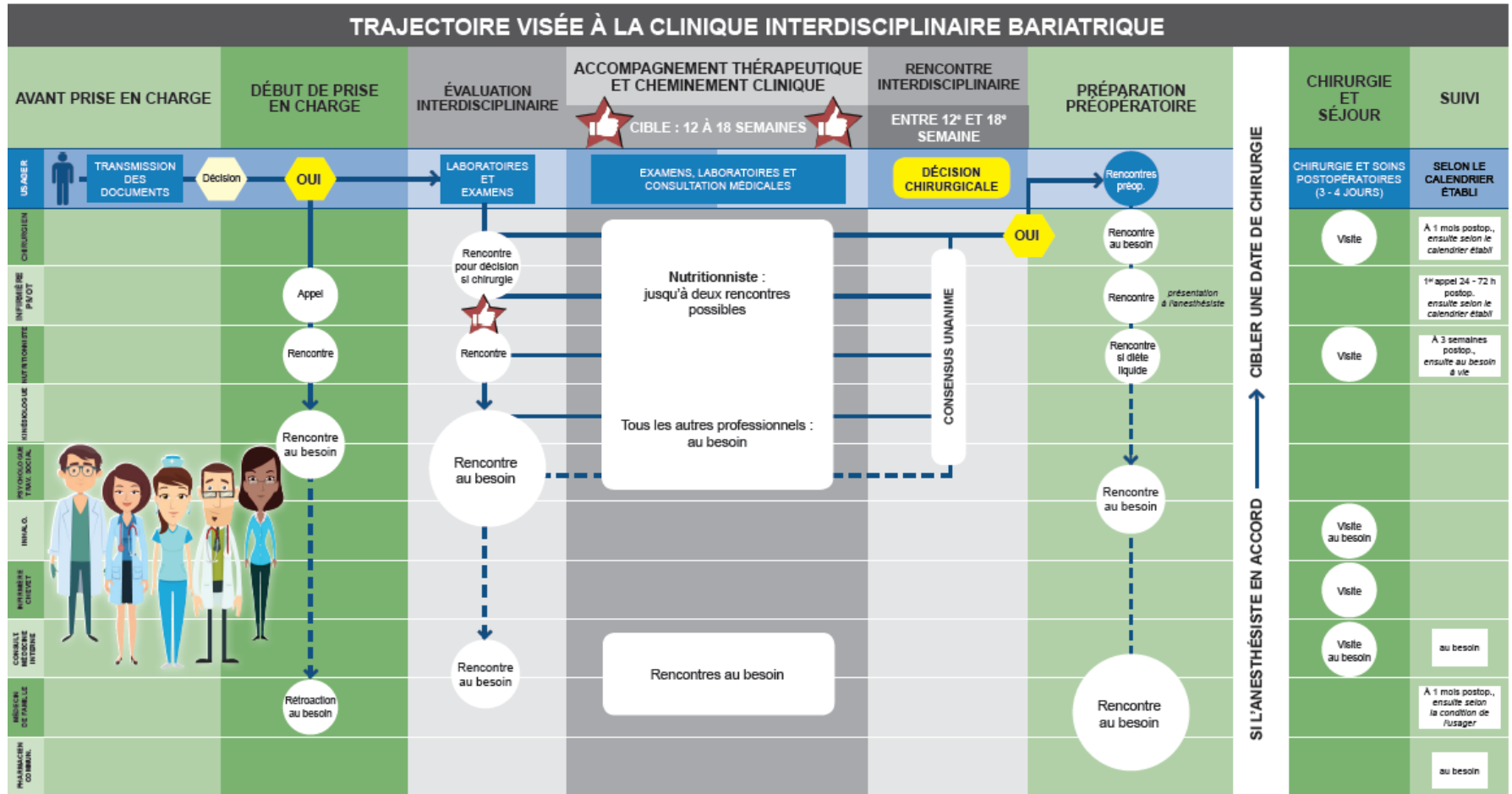
Fuller, W.D. Rasmussen, J.J., Ali, M.R. (2008). Detailed description of early resolution of metabolic syndrome following laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *Surgery for obesity and related diseases (SOARD)*, 4 (3), 297

Mogol, P. (2008). Gastric Bypass versus gastric banding : 1518 patients. *Surgery for obesity and related diseases (SOARD)*, 4 (3), 317.

Wilber, D. (2005). Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : Mise à jour, *ETMIS*, 1 (3), 1-80.

Zimmerman, J.M., Blanc, M., Imbert, M., Mashoyan, P. (2008). Laparoscopic adjustable gastric banding, 2176 procedures with 12 years follow up. *Surgery for obesity and related diseases (SOARD)*, 4 (3), 292.

4. TRAJECTOIRE CLINIQUE VERS LA CHIRURGIE BARIATRIQUE



NOTES _____