

Cette lettre d'information est diffusée par le CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT à destination des médecins généralistes et spécialistes, des pharmaciens, des kinésithérapeutes et des infirmiers libéraux du bassin rochefortais.

Elle servira de support de communication entre le Centre Hospitalier et les praticiens de ville pour tout ce qui concerne l'actualité à caractère médical de l'établissement.

M. Pierrick DIEUMEGARD, Directeur  
M. Philippe MARCHAND, Président de la CME

### La chirurgie bariatrique « Le défi »

Depuis 10 ans, la chirurgie de l'obésité est passée d'un stade confidentiel à une discipline reconnue, encadrée et standardisée.

Ce n'est pas le seul fruit du hasard ou du développement de la chirurgie coelioscopique, mais une véritable problématique de santé publique. Nos changements d'habitudes alimentaires et de mode de vie ont induit ce dérapage de toute une population vers les surpoids.

Le coût social de l'obésité est encore plus lourd que son coût médical.

Malgré les premières campagnes de sensibilisation, l'obésité est toujours en progression constante. En France, environ 5% de la population est en surpoids et on évalue à environ 1% le taux d'obésité morbide (IMC supérieure à 40 kg/m<sup>2</sup>).

Dès le stade d'IMC supérieur à 40, il apparaît régulièrement des comorbidités plus ou moins spécifiques : diabète, apnée du sommeil, dyslipidémie, HTA, arthrose invalidante...

Pour mieux aborder l'obésité, il faut savoir parfois un peu changer son regard en la considérant comme une maladie à part entière. Cette vraie maladie n'a pas un responsable unique mais une diversité de facteurs déclenchants et aggravants.

Il apparaît indispensable d'aborder cette maladie-obésité autrement que par le biais de l'alimentation. Une prise en charge multidisciplinaire permet de rompre en plusieurs points le cercle vicieux où s'est enfoncé l'obèse.

Les 6 à 12 mois que durent la préparation avant la chirurgie ne se résument pas au simple régime mais à une véritable éducation : éradication des grosses fautes, prise de temps pour les repas, diminution de quantités, repérage de la satiété, éducation diététique vis-à-vis des graisses cachées.

La dimension psychologique est constante. Il faut l'évaluer et l'accompagner. Un obèse n'est jamais là par hasard ! Cela peut aller du défaut de confiance en soi au mal-être grave, de la dépression à la boulimie avec toute une série de conduites compulsives.

#### Les anneaux gastriques :

Depuis 1995, la gastroplastie par anneau a offert les premiers résultats durables aux patients en échec de diététique.

Un dispositif, comme une bouée miniature en silicone, est positionné sous coelioscopie autour de la partie supérieure de

l'estomac. Ceci ménage une petite poche gastrique évaluée à environ 20 ml.

L'anneau est relié par un cathéter à un boîtier (de type chimiothérapie) qui permet, par ponction et injection dans ce boîtier, de réduire le diamètre interne de l'anneau et ainsi de resserrer le sablier entre les deux poches.

Dans notre expérience sur Rochefort, si 60% des anneaux ont parfaitement fonctionné, 25% ont eu des résultats significatifs mais incomplets. Il reste surtout 15% d'échec. Ces échecs ne sont pas à mettre sur le seul compte des patients qui se démotivent au fil des mois mais ils sont également la conséquence de problèmes techniques liés aux anneaux. Le principal écueil était le glissement de l'anneau qui correspond en fait à une dilatation de la poche gastrique sus annulaire.

Pour ces raisons d'efficacité et de fiabilité, les anneaux sont progressivement abandonnés au profit de techniques plus agressives mais plus payantes sur le long terme.

#### La Sleeve gastrectomie :

Cette gastroplastie verticale calibrée est une résection de la partie gauche de l'estomac emportant la poche gastrique et ne laissant qu'une tubulisation aux dépens de la petite courbure gastrique en continuité avec l'œsophage.

Aucune suture n'étant réalisée, cet agrafage vertical est réalisé en moins de 60 minutes et offre une sécurité quasi comparable à celle des anneaux.

Par perte de la capacité gastrique, on obtient un effet de « restriction » comme pour un anneau avec une sensation de satiété très précoce. Cet effet de « restriction » est secondé par un effet « anorexigène ».

En effet, la résection gastrique supprime la zone de sécrétion de certaines hormones de la faim (ghréline, peptide yy).

La Sleeve gastrectomie est en train de prendre la place des anneaux car les résultats, à court et moyen termes, sont très prometteurs avec perte de l'excès de poids pratiquement dans les 12 mois post-opératoires.

Les atouts en faveur de la Sleeve gastrectomie concernent l'absence de corps étranger, de complications type bascule de l'anneau et surtout un meilleur confort alimentaire sans vomissements ni blocages.

Cette technique a les inconvénients de sa jeunesse par son manque de recul mais les résultats de notre expérience sur deux ans confirment les grandes études publiées actuellement (la CNAM doit valider cette année cette gastroplastie verticale calibrée).

#### Le By Pass gastrique :

Intervention de référence pour la chirurgie bariatrique grâce aux chirurgiens nord américains qui ont actuellement 30 ans de recul.

Sous coelioscopie, une poche gastrique est confectionnée par agrafage (comme une poche d'anneau gastrique).

L'intestin grêle est sectionné après 50 cm et une anse jéjunale de 150 à 200 cm est sélectionnée.

Une première anastomose à la base de cette anse est réalisée pour le rétablissement des sécrétions bilio pancréatiques.

Le sommet de cette anse est ensuite ascensionné devant le côlon et anastomosé à la petite poche gastrique.

L'effet restriction est assuré par le volume de la petite poche et le diamètre de l'anastomose. Il s'ajoute alors un effet « mal absorption » sur les 150 à 200 cm du jéjunum puisque la digestion ne peut commencer qu'à l'adjonction des liquides digestifs.

L'estomac restant continue à sécréter mais il est court-circuité vis-à-vis du transit alimentaire. Si l'effet « mal absorption » est recherché pour les lipides et même les hydrates de carbone, il est délétère sur beaucoup de vitamines et d'oligo éléments qui se comportent en produits lipo solubles.

La nécessité d'une substitution vitaminique, pas forcément définitive mais longue, est indispensable avec également des contrôles biologiques réguliers.

Le By Pass reste une intervention lourde, entre 3 et 4 heures de coelioscopie, avec une morbi-mortalité significative qu'il faut savoir intégrer dans l'indication opératoire.

Pour alléger le temps opératoire et les risques, la tendance actuelle est de proposer un mini By Pass avec une anse en oméga de 200 cm branchée sur la poche gastrique. Ceci ne nécessite donc plus qu'une seule anastomose mais expose éventuellement au reflux gastro œsophagien.

Depuis l'avènement et les résultats spectaculaires de la Sleeve gastrectomie, les indications du By Pass gastrique seront à chaque fois à redéfinir : IMC supérieur à 50 ou super obèse, grignoteurs compulsifs ou « sweat-eaters », échec des méthodes restrictives ou impossibilité de suivre un régime.

Finalement, ce n'est pas forcément l'acte chirurgical en lui-même qui est le plus important mais le bon choix de la technique. Très souvent, c'est à la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> consultation pré-opératoire que le chirurgien et la patiente choisissent l'intervention avec surtout l'avis de la diététicienne et même parfois du psychiatre.

A partir du moment où l'obèse veut s'investir dans sa maladie, il se passe une longue route parfois semée d'embûches et de désillusions.

Quoi qu'il arrive, au terme de ce parcours, une seule chose est sûre : c'est qu'il aura changé de vie.

Vous pouvez contacter le secrétariat du **Docteur Jean-Paul COUDERC** au **05.46.82.20.82** ou **05.46.82.20.84**.

## *La chirurgie ambulatoire*

L'Hôpital de Rochefort réalise une part importante et croissante de son activité chirurgicale et endoscopique en Ambulatoire.

En 2008, 1315 interventions ont été réalisées dans les spécialités suivantes :

- Endoscopie digestive et bronchique (24,5 %),
- Gynécologie (20,68 %) : Curetage, hystéroscopie, ligature de trompe, coelioscopie exploratrice, biopsie du sein...
- Odontologie / ORL (9,58 %) : Extraction dentaire multiple et sagesse / Laryngoscopie, paracentèse, adénoïdectomie...
- Ophtalmologie (9,27 % sur 6 mois) : Cataracte, strabisme, chirurgie de la paupière...
- Orthopédie (19,16 %) : Canal carpien, dupuytren, ablation de matériel d'ostéosynthèse, chirurgie de la main et du pied, arthroscopie du genou et de l'épaule,
- Urologie / Viscéral (16,73 %) : Polypes de vessie, dilatation et électrocoagulation de vessie, biopsie de prostate, pose et ablation de sonde double J, cure de prolapsus, posthécotomie / Pose de site implantable, hernie, cholécystectomie, coelioscopie, chirurgie anale.

Pour bénéficier de cette courte hospitalisation, il faut répondre à un certain nombre de critères. Si cela est le cas, elle sera proposée au patient.

Au cours de cette hospitalisation, le suivi et la surveillance sont identiques à ceux d'un séjour classique mais, grâce à une organisation centrée sur le patient et un déroulement planifiés, il n'y a pas d'attente. La veille de l'intervention, dans l'après-midi, le service d'Ambulatoire communique au malade, par téléphone, son heure d'arrivée qu'il doit impérativement respecter.

Tout est fait pour que le séjour soit le plus court et le plus agréable possible, dans un contexte de sécurité. Le patient séjourne successivement dans la salle de réveil puis dans l'unité Ambulatoire (chambre puis salon de repos) où son autonomie et son aptitude à rentrer chez lui sont appréciés par l'infirmière. La sortie n'est possible qu'après la visite du Médecin Anesthésiste et en accord avec celui qui a pratiqué l'intervention. Au moindre problème, le patient reste jusqu'au lendemain. Des consignes post-opératoires sont remises à la sortie.

Le service compte 7 places équipées de lits électriques. L'équipe est composée de 2,5 infirmières, de 2,5 aides-soignantes, d'un cadre de santé, Monsieur JOUSMET, d'un coordonnateur, le **Docteur PERNELLE**. Vous pouvez joindre le secrétariat au **05.46.82.27.63**.

## *Le site Internet*

Le Centre Hospitalier de Rochefort s'est doté, depuis le 30 juin 2009, de son site Internet [www.ch-rochefort.fr](http://www.ch-rochefort.fr).

Il s'adresse aux visiteurs, aux patients, aux professionnels de santé, aux étudiants et aux demandeurs d'emploi.

Vous y trouverez, entre autres, un annuaire des praticiens et des activités exercées au sein de l'établissement.

N'hésitez pas à aller le consulter et faites part de vos remarques et suggestions à Pascale CHERON, Chargée de Communication, au 05.46.82.27.54 – 06.09.08.76.60 ou par mail : [pascale.cheron@ch-rochefort.fr](mailto:pascale.cheron@ch-rochefort.fr).

