
COMMUNICATION

CHIRURGIE BARIATRIQUE : PARCOURS D'UN PATIENT DE LA PRISE DE DECISION AU BLOC OPERATOIRE

Monsieur le Docteur M. HOURNAU, Chirurgien Viscéral
Madame M.T. DE PAULIS, IBODE, Madame M.L. SADERI, IDE
CHR METZ-THIONVILLE

DEFINITIONS & GENERALITES

Etat d'un individu ayant un excès de poids par augmentation de la masse adipeuse.
L'obésité se définit par un indice de masse corporelle supérieur à 30.

Depuis 15 ans, le poids moyen de la population française a augmenté de 3,6 kg. Un Français sur trois est désormais au-dessus du seuil à partir duquel la perte de poids s'impose.

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

La chirurgie bariatrique consiste à restreindre l'absorption des aliments, diminuant, de fait, l'apport calorique journalier

- RESTRICTION GASTRIQUE
 - Anneau gastrique
 - Gastrectomie longitudinale ou Sleeve
- MALABSORPTION INTESTINALE
 - By Pass

PARCOURS DU PATIENT

Patient adulte en échec de traitement médical bien conduit pendant 6 à 12 mois

- Premier rendez-vous avec un chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique.
- Prise en charge pluridisciplinaire :
 - Endocrinologue : recherche de diabète. Bilan hormonal, nutritionnel et vitaminique.
 - Diététicien : programme d'éducation thérapeutique sur le plan diététique et activité physique.

COMMUNICATION

- Cardiologue : bilan et prise en charge des comorbidités, HTA.
- Pneumologue : bilan apnée du sommeil.
- Gastro-entérologue : œso-gastro-duodéno-scopie avec recherche d'hélicobacter Pylori.
- Psychologue : évaluation comportement alimentaire.
- Odontologue : évaluation de l'état bucco-dentaire.

Ce parcours programmé sur plusieurs mois fait prendre conscience au patient des efforts qu'il va devoir fournir pour arriver au résultat escompté.

Sans la participation active du patient, l'intervention ne suffit pas.

- Discussion et concertation de l'équipe pluridisciplinaire.
- Indication chirurgicale personnalisée est posée : Sleeve ou By-pass.
- Rendez-vous avec le chirurgien pour fixer la date de l'intervention.
- Consultation d'anesthésie.

L'INTERVENTION

LA SALLE D'OPERATION

- Vérifications d'usage et check-list d'ouverture de salle.
- Table normale permettant d'écartier les jambes.
- Accessoires de table spécifiques : clameaux supplémentaires ...
- Lavage et aspiration.
- Equipements spécifiques :
 - Colonne vidéo avec insufflateur.
 - Console du Ligasure®.

ANESTHESIE

- Anesthésie générale avec intubation oro-trachéale.
- Si By-pass : pose d'une sonde nasogastrique et sonde urinaire.
- Si Sleeve : pose d'une sonde de calibration.

COMMUNICATION

INSTALLATION DU PATIENT

- Rôle IBODE pour la prise en charge du patient au bloc opératoire.
- Patient en décubitus dorsal, bras en croix.
- Jambes écartées avec billots sous les genoux et maintenues.
- Cales pieds.
- Si By-pass : sondage urinaire.
- Si Sleeve : faire uriner patient avant.

INSTRUMENTATION SPECIFIQUE

- Boite cœlioscopie.
- Trocarts à usage unique :
 - 1 trocart de 11 mm spécifique : permet l'introduction et l'insufflation sous contrôle de la vue.
 - 2 trocarts de 12 mm.
 - 1 trocart de 11 mm.
 - Si By-pass : 1 trocart de 11 mm et 2 de 12 mm supplémentaire.
 - Bras articulé et écarteur à foie.
 - Pince de Ligasure® de diamètre 5 mm et de longueur 37 cm.
 - Pince EndoGia® et recharge pour tissus fins de 60 mm et 45 mm.
- Aspirateur laveur à usage unique.
- Si Sleeve : sac pour évacuer la pièce de résection pour anapath.
- Drain de Blake CH 19 aspiratif.

LE POST OPERATOIRE

1. Patient opéré d'un by-pass
 - Réanimation pendant 24 à 48 heures.
 - TOGD réalisé à J+5.

COMMUNICATION

- Retrait du drain après TOGD.
- Sortie à J+6 ou J+8 avec ordonnance de supplémentation vitaminique.

2. Patients opérés d'une Sleeve

- Service de soins sauf complications per-opératoires ou apnée du sommeil.
- Retrait des drains après 48 heures
- Sortie à J+4

3. Commun

- Consultation d'endocrinologie au service avant sortie.
- Consultation de diététique au service avant sortie.

4. A un mois :

- Consultation chirurgicale mettant l'accent sur recherche de complications ou de dysfonctionnement du montage chirurgical.
- Consultation d'endocrinologie pour prévention et recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle.
- Consultation diététique : poursuite du suivi éducatif.

5. 12 à 18 mois :

- Recours à la chirurgie réparatrice peut être envisagée après stabilisation de la perte de poids.