

CHIRURGIE BARIATRIQUE A L'HOPITAL BEL AIR

**DE LA PRISE DE DECISION A
LA SALLE D'OPERATION**



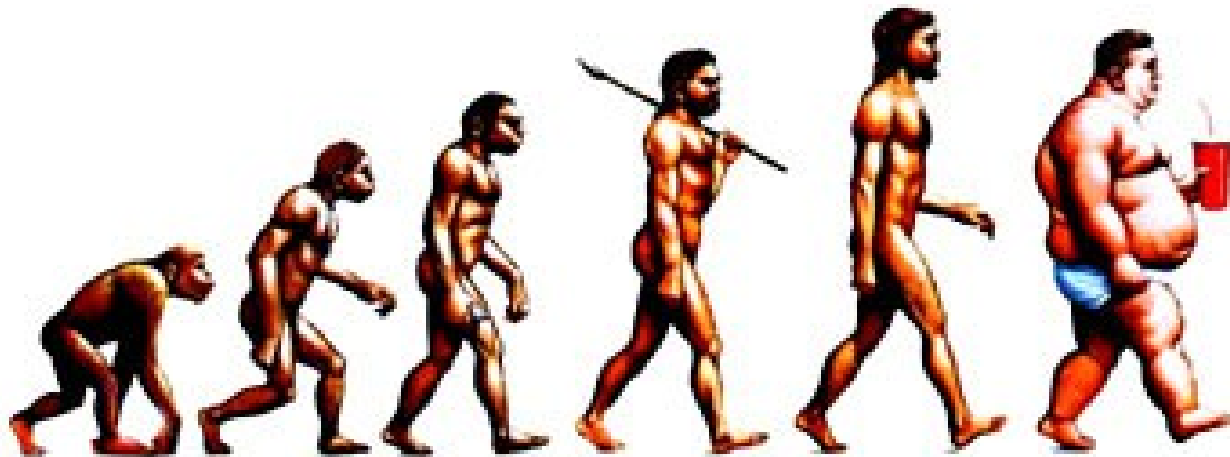
INTRODUCTION



INTRODUCTION



INTRODUCTION



DEFINITION DE L'OBESITE

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.

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en m}^2\text{)}}$$

Classification	1997
Maigreur	< 18,5
Normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité modérée	30,0 - 34,9
Obésité sévère	35,0 - 39,9
Obésité massive	≥ 40,0

EVOLUTION OBESITE EN FRANCE

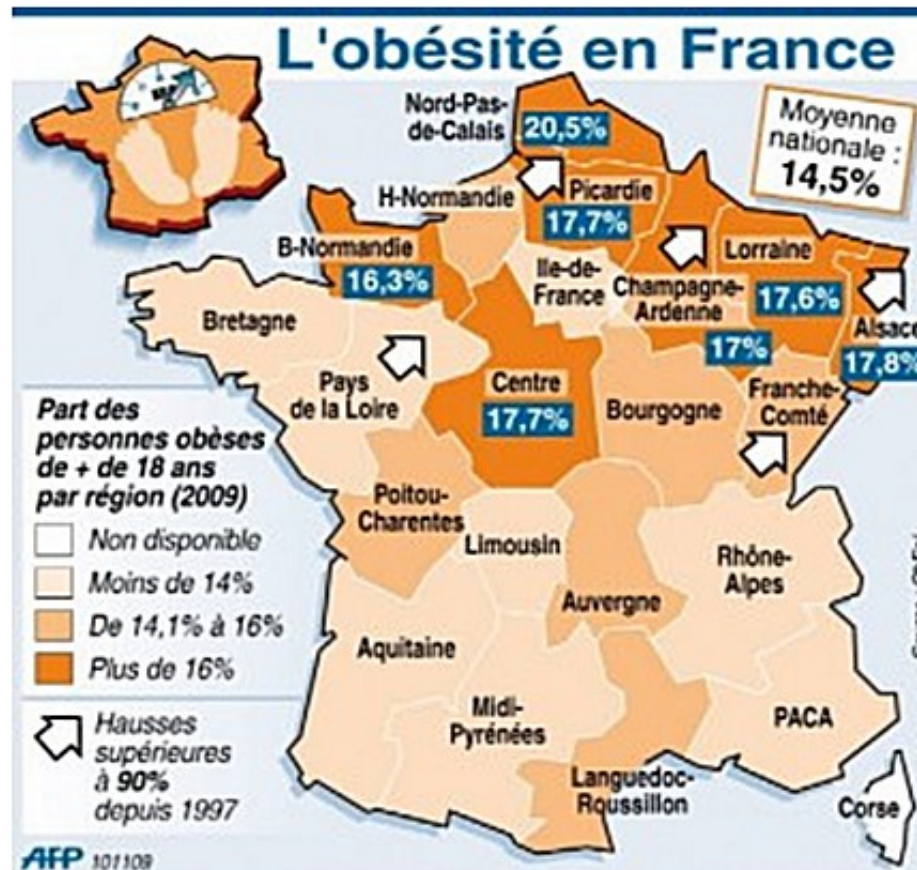
Depuis 15 ans, le poids moyen de la population française a augmenté de 3,6 kg.

Un Français sur trois est désormais au-dessus du seuil à partir duquel la perte de poids s'impose.

Augmentation de l'obésité chez l'enfant, entre 3 et 17 ans : 3,5% d'enfants obèses.

En Lorraine un habitant sur deux est en surpoids et 17 % de la population adulte est obèse.

EVOLUTION OBESITE EN FRANCE



LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

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

➤ TECHNIQUE RESTRICTIVE

- Anneau gastrique
- Gastrectomie longitudinale ou Sleeve

➤ TECHNIQUE MALABSORPTIVE

- By Pass

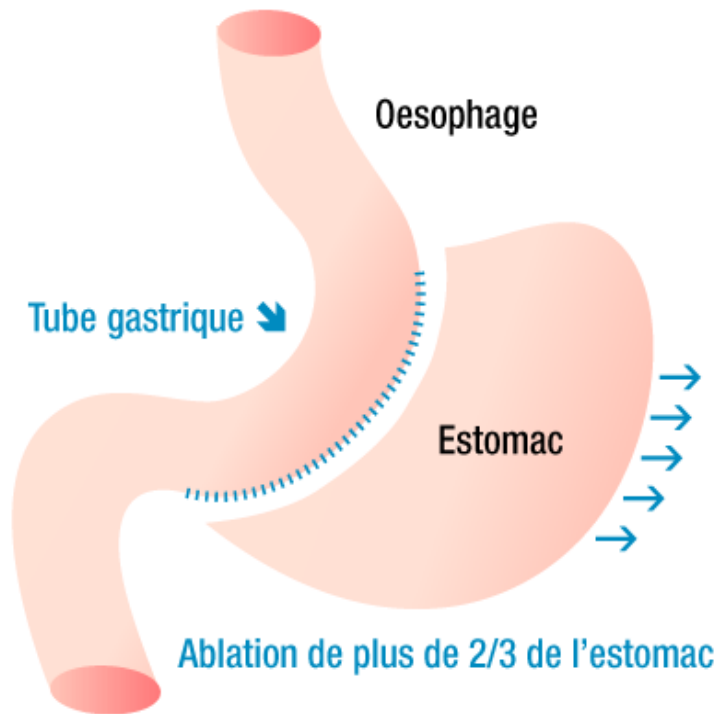
TECHNIQUE RESTRICTIVE



- Dispositif en silicone gonflable placé autour de la partie haute de l'estomac.
- Crée une poche gastrique de petit calibre.
- Gonflé par l'injection d'une solution saline dans un boîtier implanté sous la peau jouant ainsi sur le degré de striction.

ANNEAU GASTRIQUE

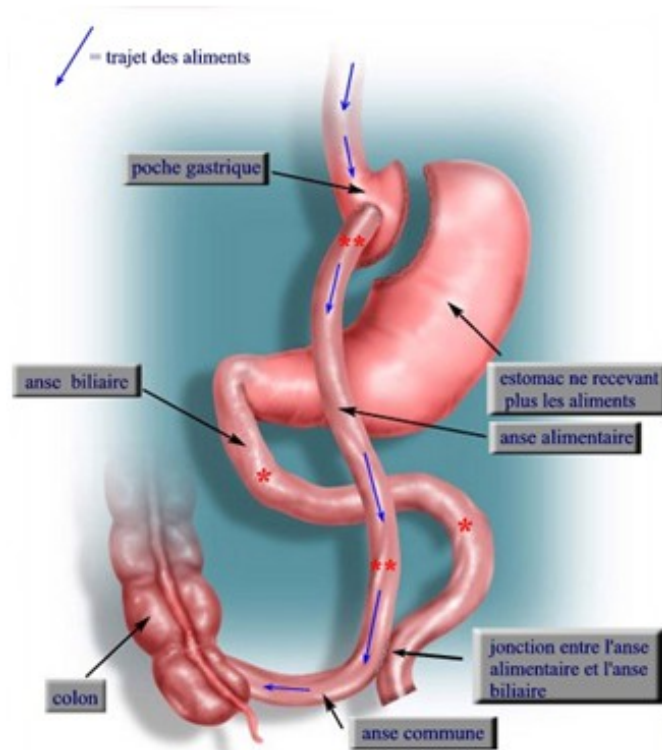
TECHNIQUE RESTRICTIVE



- Résection verticale des 2/3 de l'estomac.
- Outre son caractère restrictif : élimination de cellules gastriques (pariétales) sécrétant la ghréline (hormone stimulant l'appétit).

SLEEVE

TECHNIQUE MALABSORPTIVE



- Création d'une poche gastrique reliée directement au jéjunum.
- Aliments passent dans l'intestin en court-circuitant une grande partie de l'estomac, du duodénum et jéjunum.
- Permet la réduction de l'absorption des substances nutritives.
- Nécessite une supplémentation en vitamines et minéraux à vie.

BY PASS GASTRIQUE

PARCOURS DU PATIENT



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** ou avec un **médecin nutritionniste**.
- 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.
 - **Cardiologue** : bilan et prise en charge des comorbidités, HTA.

PARCOURS DU PATIENT

- **Pneumologue** : bilan apnée du sommeil.
- **Gastro-entérologue** : œso-gastro-duodéoscopie avec recherche d'Helicobacter 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.

PARCOURS DU PATIENT

- Discussion et concertation de l'équipe pluridisciplinaire : une fois par mois.
- Indication chirurgicale personnalisée est posée : Sleeve ou By-pass.
- Rendez-vous avec le chirurgien pour fixer la date de l'intervention : description de l'intervention, évocation des risques opératoires (hémorragie, abcès, fistule, maladie thromboembolique, carences nutritionnelles et reprise pondérale).
- Consultation d'anesthésie.
- Hospitalisation dans le service de chirurgie à J-1 parfois J-5 en service d'endocrinologie (si diabète).

L'INTERVENTION

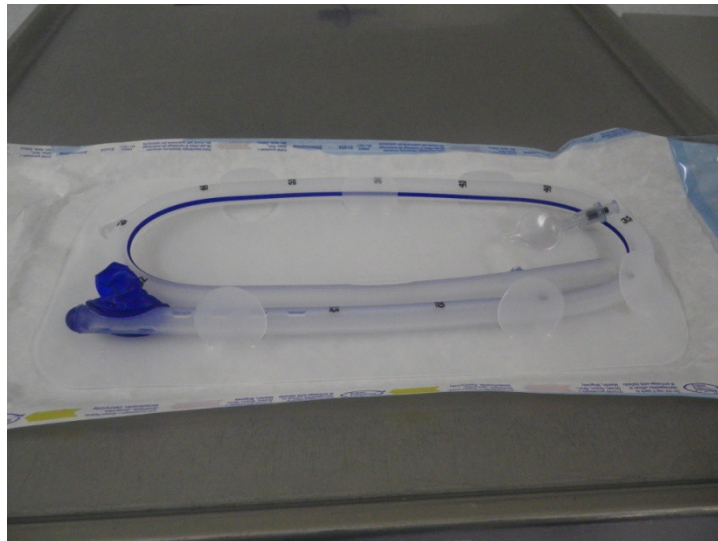


LA SALLE D'OPERATION

- 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 orotrachéale.
- Si By-pass : pose d'une sonde nasogastrique et sonde urinaire.
- Si Sleeve : pose d'une sonde de calibration.



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.
- Cale-pieds.
- Si By-pass : sondage urinaire.
- Si Sleeve : faire uriner patient avant.

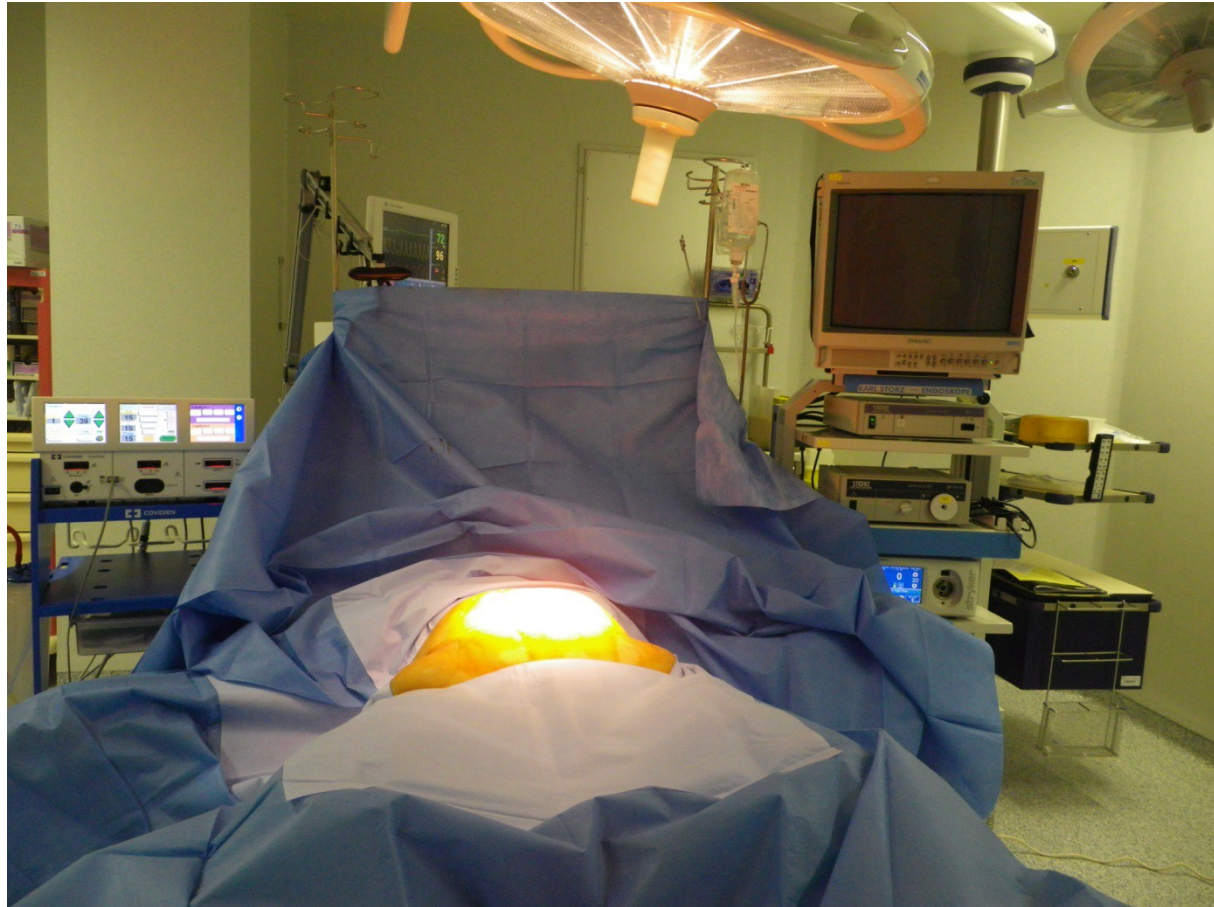
INSTALLATION DU PATIENT



INSTALLATION DU PATIENT



INSTALLATION DU PATIENT



INSTRUMENTATION SPECIFIQUE

- Boite coéloscopie.
- 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 supplémentaires.
- 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.

INSTRUMENTATION SPECIFIQUE

- Aspirateur laveur à usage unique.
- Si Sleeve : sac pour évacuer la pièce de résection qui sera envoyée pour analyse anatomopathologique.
- Drain de Blake CH 19 aspiratif.

INSTRUMENTATION SPECIFIQUE

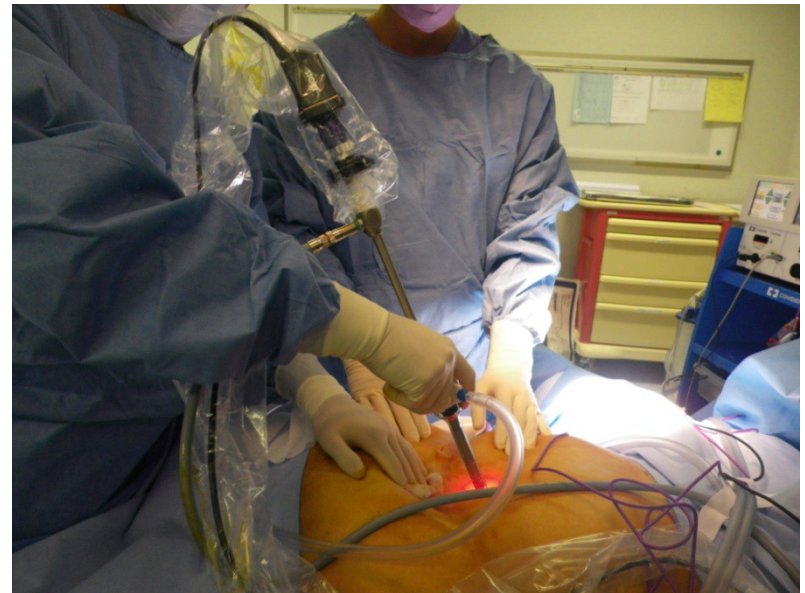


Bras articulé avec écarteur à foie



Trocarts, pinces, Ligasure®...

INSTRUMENTATION SPECIFIQUE



Trocart de 11 mm de première introduction

LE POST OPERATOIRE



POST OPERATOIRE IMMEDIAT

1. Patient opéré d'un by-pass

- Réanimation pendant 24 à 48 heures.
- Sonde nasogastrique laissée en place 24 heures.
- Patient reste à jeun 72 heures.
- TOGD réalisé à J+3.
- Retrait du drain après TOGD et début du protocole alimentaire.
- Bilan sanguin à J2 J4 et J7.
- Sortie à J+8 avec ordonnance de supplémentation vitaminique.

POST OPERATOIRE IMMEDIAT

2. Patients opérés d'une Sleeve

- Service de soins sauf complications per-opératoires ou apnée du sommeil.
- Relais per os et début du protocole alimentaire à J1.
- 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.

POST OPERATOIRE

A 1 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.

A 3 mois :

- Consultation d'endocrinologie.
- Consultation diététique.

POST OPERATOIRE

A 6 mois :

- Consultation chirurgicale.
- Consultation diététique.

Tous les ans :

- 2 consultations annuelles chirurgicales, endocriniennes et diététiques.

12 à 18 mois :

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

CONCLUSION



CONCLUSION



CONCLUSION

