

● La sleeve gastrectomie

La chirurgie de l'obésité a beaucoup évolué ces derniers temps, tant en ce qui concerne les techniques qu'en ce qui concerne la prise en charge pré et post opératoire.

Par contre, les indications de cette chirurgie n'ont pas évolué.

Pour réaliser cette intervention il faut que le patient ait un IMC supérieur à 40 et qu'il ne présente pas de pathologie associée, et l'indication peut descendre à un IMC à 35 si ce genre de pathologie existe.

C'est surtout le diabète, le syndrome d'apnée du sommeil, l'hypertension artérielle traitée et les douleurs articulaires invalidantes qui sont prises en compte dans les pathologies associées.

Pour calculer l'IMC il faut tenir compte, selon les critères d'éligibilité, du poids le plus important documenté.

La sleeve gastrectomie est une technique qui fait partie du groupe des opérations restrictives.

La première de ce groupe est l'anneau gastrique. Ces techniques sont censées réduire la quantité de nourriture qui peut être avalée pendant un repas et, de cette façon, diminuer le nombre de calories ingurgitées. C'est précisément pour cette raison qu'elle peut s'avérer insuffisante ou souvent défailante. Car si les calories sont avalées sous forme liquide ou sous forme de grignotage, ces aliments ne vont pas remplir l'estomac restant, ni donner de sensation de satiété mais vont s'ajouter au compte calorique du jour. C'est pour cette raison que les indications deviennent au fil du temps plus sélectives par rapport au type d'opération.

De nos jours, la sleeve gastrectomie est vouée aux patients qui sont de gros mangeurs mais qui n'aiment pas le sucre et qui ne grignotent jamais. Chez ces patients, les résultats sont les meilleurs et les plus stables.

Dans d'autres situations on peut commencer une séquence thérapeutique avec la sleeve gastrectomie chez les obésités extrêmes. Du fait de la simplicité technique on préfère faire ce geste en début de séquence pour faire perdre au patient une cinquantaine de kilos. Par la suite on pourra faire un by pass qui ramènera le patient plus proche du poids idéal et surtout avec plus de chances de garder la perte de poids acquise.

Du point de vue technique, il est nécessaire de faire un abord avec trois ou quatre trocars, le plus souvent en losange, entre le nombril et le xiphœide. On installera une sonde de calibrage naso gastrique, du diamètre de l'index (38 ch.), qui permettra une calibration facile et constante de l'estomac restant.

Les règles demandant une poche antrale de 6 cm entre le début de la suture et le pylore et une diminution de cette poche, de la taille de la sonde de calibrage, non seulement ne donnent pas de meilleurs résultats, mais simplement diminuent la perte de poids et augmentent le nombre de complications.



La partie la plus importante de l'opération est la dissection du pilier gauche du diaphragme car c'est à ce niveau qu'une bonne partie de la grosse tubérosité peut rester en place et compromettre le succès de l'opération.

Du point de vue des complications post opératoires, les plus fréquentes sont de loin celles pulmonaires qui tournent autour de 10%.

La fistule, tant crainte, est juste entre 1 et 2%.

Le saignement est dans les mêmes chiffres.

La chose essentielle est la prise en charge rapide et correcte des fistules et de toutes les complications, ce qui permet d'éviter des complications plus graves.

Le suivi post opératoire est surtout diététique et psychologique au besoin. Le suivi chirurgical est sensé découvrir les complications à distance, dont les plus redoutables sont l'ulcère et la sténose gastrique.

Il existe actuellement une pléthore de soins imaginés autour de la sleeve gastrectomie qui seraient sensés maîtriser la perte de poids et surtout la perpétuer dans le temps. Même si beaucoup s'accordent pour dire qu'il est indispensable d'assurer une prise en charge multi disciplinaire après la fin de la perte de poids, il faut remarquer qu'aucun patient n'est partant pour un suivi « à vie » car tous veulent tourner la page. De ce fait, tôt ou tard, ils décrocheront.

La seule façon de faire est d'expliquer au patient qu'il ne faut pas forcer une fois la sensation de satiété acquise, qu'il ne faut pas manger du sucre et des produits sucrés et qu'il ne faut pas grignoter. Plus ils adhèrent à ces règles simples, plus leurs résultats sont stables sur le long terme.

Pour lire les articles des liens ci-dessous, créez votre compte gratuitement sur www.medscape.com :

http://www.medscape.com/viewarticle/869231?nlid=109557_1382&src=WNL_mdplsnews_160930_mscpedit_surg&uac=127825FJ&spon=14&implID=1207240&faf=1

http://www.medscape.com/viewarticle/832752?nlid=67184_2982&src=wnl_edit_dail&uac=127825FJ

Dr Lazescu Daniel

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Assistant des Hôpitaux de Iasi

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Ancien Maître de conférence à la Faculté

DIU Cancérologie

CHIRURGIE GENERALE

COELIOSCOPIE

Infimed[®]

Bien conseillé, bien financé, bien équipé

Spécialiste du financement des équipements médicaux
cchwastek@infimed.eu
06 12 63 02 05