



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive



FICHE D'INFORMATION SUR

# LA SLEEVE GASTRECTOMIE

## ► POURQUOI FAIRE L'INTERVENTION ?

Vous pouvez être candidat à un traitement chirurgical de l'obésité lorsque votre index de masse corporelle est supérieur ou égal à 40 ; ou supérieur ou égal à 35 avec comorbidités (pathologies associées à l'obésité pouvant être améliorées par une perte de poids). L'index de masse corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids par la taille en mètre au carré. L'IMC normal est entre 20 et 25 kg/m<sup>2</sup>. Un IMC supérieur ou égal à 40 ou, 35 avec des comorbidités, diminue votre espérance de vie et altère votre qualité de vie par rapport à quelqu'un de votre âge et de votre taille qui a un poids normal.

→ **Le bénéfice attendu de l'opération est que vous perdiez une grande partie de votre excès de poids** sans le reprendre le plus longtemps possible et, de ce fait, diminuer, voire supprimer l'hypertension artérielle, le diabète, l'apnée du sommeil, les douleurs, articulaires... (comorbidités).

Comme dans toute intervention chirurgicale, il existe des risques associés à l'intervention. Mais il y a généralement plus de risque pour votre santé à ne rien faire plutôt que de vous faire opérer (l'opération est moins dangereuse que de ne rien faire) car votre cœur, vos poumons, vos articulations, vos organes s'abîment progressivement. A partir de 60-65 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et la balance entre le bénéfice attendu et les risques de l'opération peut être moins favorable.

→ **Pour la sécurité de l'opération un bilan préopératoire très complet est réalisé** en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS ). Cette intervention demande une entente préalable auprès de la sécurité sociale qui sera rédigée par votre chirurgien. Vous l'adresserez en recommandé à votre caisse qui a 15 jours pour répondre et éventuellement vous convoquer. Passé ce délai, l'absence de réponse vaut accord.

→ **La réalisation de ce bilan vous permettra aussi d'avoir un délai de réflexion** et de vous permettre de vous renseigner sur les différents types d'interventions (internet, entourage, groupes de parole...). N'hésitez pas à poser des questions à votre chirurgien. Il n'y a jamais d'urgence à réaliser ce type d'intervention.

→ **Il existe plusieurs opérations. Les plus pratiquées actuellement en France sont la sleeve gastrectomie, le by pass gastrique et l'anneau.**

## ► LA GASTRECTOMIE LONGITUDINALE (SLEEVE GASTRECTOMIE)

→ **Le principe de la sleeve gastrectomie est de réduire la capacité de l'estomac** et de supprimer la zone de sécrétion d'une hormone qui favorise l'appétit (la ghréline). Cette technique provoque donc une satiété précoce et vous mangerez moins. En pratique, on retire les 2/3 de l'estomac

et celui-ci est transformé en tube. Cette opération est très efficace sur la perte de votre excès de poids ce qui peut prendre entre 12 et 18 mois, mais souvent moins. Pour atteindre votre objectif, il faut cependant respecter les règles alimentaires et renoncer aux grignotages et aux liquides hypercaloriques (sodas...).

Cette intervention est récente (2002) et on ne dispose pas encore de résultats au-delà de 5 ans sur des effectifs importants. Cependant les résultats à 5 ans sont très satisfaisants.

→ **La sleeve gastrectomie est quasiment toujours faite par coelioscopie** (opération sous anesthésie générale et avec l'aide d'une caméra avec de petites incisions allant de 5 à 15 mm, parfois moins). Il peut arriver, exceptionnellement, que l'opération soit faite par une incision classique (laparotomie), soit que cela soit prévu avant l'opération soit que cela soit décidé pendant l'opération par le chirurgien devant l'apparition de difficultés (tissus collés entre eux par des interventions précédentes le plus souvent).

→ **Vous entrerez la veille ou le matin de l'opération.** L'opération elle-même dure entre 1h et 4h, en fonction de l'expérience de l'opérateur, de votre poids, de l'existence d'opérations précédentes sur l'abdomen. Il faut rajouter environ une heure d'anesthésie en plus pour l'installation et la désinstallation.

→ **La période qui suit l'opération (période post-opératoire) nécessite une surveillance attentive.** La grande majorité des complications survient pendant les 48 premières heures postopératoires. Une ré-intervention en urgence peut être nécessaire si une complication est suspectée.

Dans les jours qui suivent les tuyaux éventuellement mis (sonde dans la vessie, sonde dans l'estomac, drain sortant du ventre, perfusion) seront progressivement retirés et vous serez progressivement réalimenté.

La durée d'hospitalisation en France varie entre trois et sept jours suivant les équipes et en l'absence de complications.

→ **Il est essentiel pour votre confort et votre confiance** de bien suivre les conseils alimentaires donnés par le chirurgien, les diététiciennes et les infirmières. Il faudra vous alimenter de façon semi-liquide puis solide, calmement, lentement, ne pas boire en mangeant et bien mâcher quand vous introduirez les solides. Un programme ou des conseils de développement de votre alimentation vous seront remis.

---

## ▶ QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

---

→ **Pour réaliser la gastrectomie partielle, l'estomac est agrafé sur environ 20 cm de haut.** Il y a un risque de fuite sur cet agrafage ce qui peut provoquer un abcès voire une péritonite. Cela justifie une surveillance étroite pendant votre hospitalisation. Cette complication peut aussi arriver pendant quelques semaines après l'opération. Un suivi médical régulier doit donc être effectué. Le respect scrupuleux des consignes de réalimentation contribue à réduire ce risque. La survenue d'une fuite (fistule) après sleeve gastrectomie nécessite généralement des traitements longs, qui peuvent se compter en semaines et nécessiter des gestes techniques sous anesthésie générale voire une réintervention.

→ **Comme dans toute opération il existe un risque de saignement** (hémorragie), qui justifie une surveillance étroite et des prises de sang dans les premiers jours. Une réopération et/ou un traitement médical (transfusion sanguine) pourront être nécessaires suivant la gravité.

→ **La création d'un estomac trop étroit empêchant une alimentation correcte est aussi possible mais très rare.** Exceptionnellement, une autre intervention sera nécessaire pour régler ce problème.

→ **Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie.** lorsque l'on gonfle le ventre ou quand on met le premier tube pendant l'opération qui peuvent nécessiter d'ouvrir (laparotomie). Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire : essentiellement digestifs (intestin) ou urinaires (uretère, vessie). Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle, mais elles peuvent parfois passer inaperçu lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès post-opératoire. Elles peuvent exceptionnellement entraîner le décès du patient.

→ **L'excès de poids augmente le risque de phlébite (caillot dans les veines) et d'embolie pulmonaire** ; vous devrez avoir, après l'opération, des piqûres pour fluidifier le sang et éventuellement des bas de contention. Globalement le taux de décès après ce type d'opération est inférieur à 0,1% <sup>(1)</sup>.

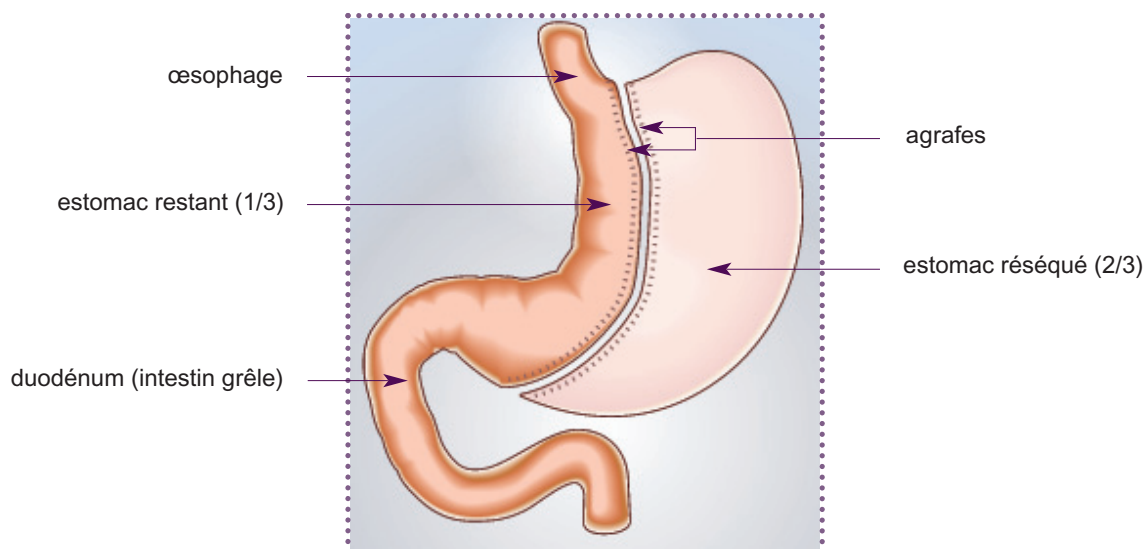
→ **Après votre retour au domicile la survenue de certains signes** (essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, saignements par l'anus, vomissements répétés, difficultés alimentaires majeures, douleurs des épaules en particulier à gauche) doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre, car ces symptômes peuvent traduire la survenue d'une complication.

→ **Plus à distance**, vous devez vous engager à revoir votre chirurgien et votre médecin spécialiste pour des conseils alimentaires à long terme et le dépistage de complications éventuelles. Vous devrez reprendre ou développer une activité physique quelle qu'elle soit que l'on estime nécessaire ainsi que, si cela vous a été recommandé, un accompagnement psychologique.

→ **Comme après toute chirurgie de l'obésité**, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée.

(1) has-sante.fr. Obésité. Prise en charge chirurgicale chez l'adulte.

## Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



|   |   |
|---|---|
| Principe  | <p><b>Technique restrictive</b> qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).</p> |
| Perte de poids attendue                         | De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg <sup>1</sup> . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.   |
| Durée moyenne de l'intervention <sup>2</sup>    | 2 heures  |
| Durée moyenne de l'hospitalisation <sup>3</sup> | 3 à 8 jours   |
| Mortalité liée à l'intervention                 | Estimée à 0,2 %   |
| Principaux risques de complications             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ;</li> <li>▶ hémorragies postopératoires précoces ;</li> <li>▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ;</li> <li>▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ;</li> <li>▶ dilatation de l'estomac ;</li> </ul>   |

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>.

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.