

Cabinet des Drs. Francois et Toursel  
Clinique de Flandre,  
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique  
300, Rue Des Forts  
59210 Coudekerque  
Tél : 03 28 21 12 34

## By-pass Gastrique en Y

### Qu'est-ce qu'un by-pass gastrique en Y?

Le by-pass gastrique est une intervention qui va créer un court-circuit d'une partie de l'intestin et qui change le trajectoire naturel de l'intestin. Cette intervention repose sur deux principes : la réduction de la taille de l'estomac et la diminution de l'assimilation des aliments par l'organisme.

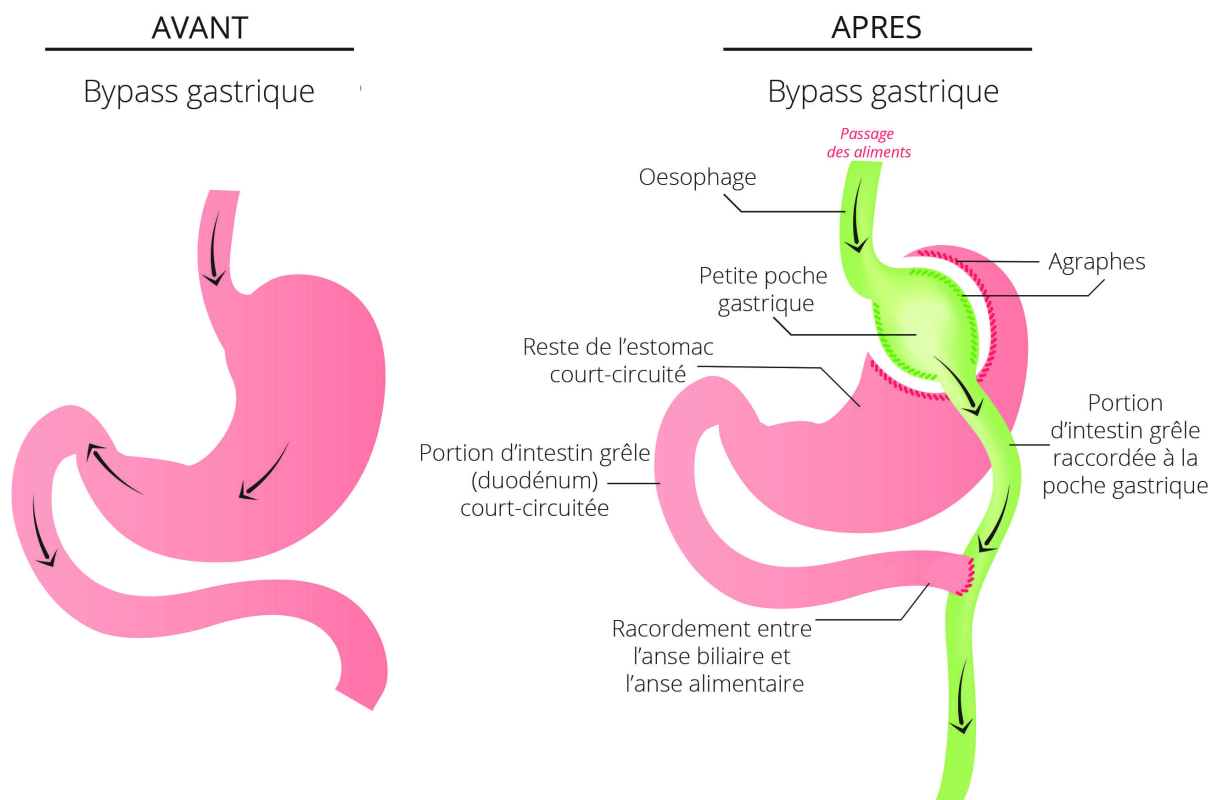
Le by-pass gastrique favorise la perte de poids via trois mécanismes :

1) elle limite la prise alimentaire grâce à la réduction du volume de l'estomac.

L'estomac étant plus petit, la personne ne peut plus avaler de trop grosses quantités de nourriture

2) elle diminue la sensation de faim car la sécrétion d'une hormone faite dans l'estomac (ghréline) est limitée

3) le mélange entre les enzymes de digestion et les aliments se fait après une distance de 1,2 à 1,5m d'intestin seulement et il existe donc un effet de malabsorption des aliments

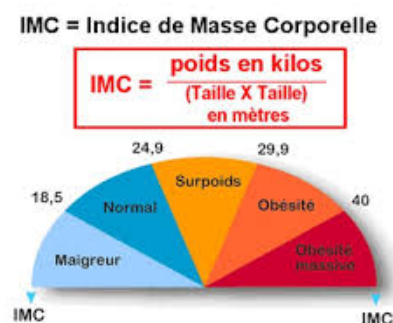


## Un by-pass pour qui ?

L'indication d'une chirurgie bariatrique est posée par une décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaire, chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- 1) patients avec un IMC \*  $\geq$  ou = 40 kg/m<sup>2</sup> ou bien avec un IMC  $\geq$  ou = 35 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardiovasculaires dont HTA), syndrome d'apnée du sommeil (SAS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéato-hépatite non alcoolique
- 2) patient(e) avec problèmes de grignotages et/ ou hyperphagie (manger des grosses quantités)
- 3) en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychologique bien conduit pendant 6 à 12 mois
- 4) en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids
- 5) en deuxième intervention après un échec d'une autre intervention bariatrique (sleeve gastrectomie ou anneau gastrique)
- 6) patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires
- 7) patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- 8) risque opératoire acceptable

\* IMC = Index Masse Corporelle



En cas d'obésité (IMC  $\geq$  ou = 30) il existe 3 catégories :

- IMC 30 - 34,9 : Obésité modéré : Classe I
- IMC 35 - 39,9 : Obésité Sévère : Classe II
- IMC  $\geq$  40 - ... : Obésité Morbide : Classe III

## Contre-indications à l'intervention

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont peu nombreuses.

Il s'agit :

- 1) de troubles mentaux ou cognitifs sévères qui limitent les capacités du patient à comprendre le procédé chirurgical et à participer à un suivi médical prolongé ;
- 2) d'une dépendance à l'alcool et aux substances psycho-actives
- 3) des pathologies sévères comme des maladies coronariennes instables ou des pathologies hépatiques avec hypertension portale, qui rendent trop élevé le risque de l'intervention
- 4) des maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme.

## Les Incidents et complications

### 1) Hémorragie

Il s'agit d'un saignement qui peut se manifester sur les endroits de sutures à l'estomac ou sur l'intestin. Elle se traduit souvent par une tachycardie (pouls rapide) et par une chute de tension, avec pâleur et une chute de votre hémoglobine (anémie) sur votre biologie. Ce risque est cependant très faible (1 à 2%) et ne nécessite qu'exceptionnellement une ré-intervention. Une transfusion pourrait éventuellement être nécessaire pour compenser la perte sanguine et d'éviter des problèmes cardio-respiratoires.

### 2) La fistule

Il s'agit d'une fuite du liquide intestinal sur une des sutures de l'estomac ou de l'intestin grêle. Cette fuite peut provoquer la formation d'un abcès ou même une péritonite (inflammation dans le ventre). C'est une complications qui se manifeste dans la grande majorité des cas durant les 48 premières heures mais peut parfois survenir plus tard après le retour au domicile. En fonction de l'état général du patient (fièvre, frissons, douleurs, respiration, fréquence cardiaque, syndrome inflammatoire etca) la fistule peut être traité par voie endoscopique avec mise en place d'un redon interne (queue de cochon), par ré-intervention ou exceptionnellement par un traitement conservateur avec antibiotiques. Momentanément une alimentation orale sera évitée et remplacée par une alimentation intraveineuse qui pourrait être faite à domicile.

### 3) L'occlusion intestinale

Le risque d'une occlusion intestinale (2%) survienne le plus souvent dans les 48h et elle est en rapport avec le montage de l'intestin. Une ré-intervention est dans la plupart des cas nécessaire.

### 4) Des complications générales et/ou liées à la coelioscopie

Lors de l'intervention, on peut provoquer des blessures à des organes proches du site opératoire comme de gros vaisseaux, l'aorte, l'uretère, d'autres anses intestinales, la rate, le foie ou le pancréas.

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.

5) L'excès de poids augmente également le risque de phlébite (caillot dans les veines) et d'embolie pulmonaire. Les bas de contention sont obligatoire lors de l'intervention et des injections pour fluidifier le sang seront nécessaire après l'opération.

6) Inefficacité

Il peut y avoir un échec du traitement de l'obésité (20%) et ce d'autant que le patient ne respecte pas les consignes diététiques et/ou le patient reprenne ces « mauvaises » habitudes alimentaires comme une alimentation trop riche en sucres, des boissons gazeuses qui peuvent dilater de nouveau l'estomac ou des quantités qui augmentent progressivement. *Le patient est donc bien responsable lui-même pour respecter les consignes diététiques et ceci à vie.*

### Les suites après l'opération

L'hospitalisation en cas d'absence de complications est entre 2 à 3 jours. Un régime alimentaire sera prévu par la diététicienne et des feuilles d'explications seront données lors de la dernière consultation préparatrice de la diététicienne. Ce régime est à suivre rigoureusement (voir feuilles en dessous). Des vitamines seront également prescrit et doivent être continué à vie. Une incapacité de travail avec interdiction des activités sportives ou le port des charges plus que 5kg sera prévue pour 1 mois.

### Les effets secondaires après bypass

1) Le dumping syndrome : sorte de malaise survenant après consommation d'aliments trop riches en sucres ou trop rapidement absorbés

2) Les flatulences, relativement limitées et variables en fonction des individus

3) Les diarrhées, rares (moins de 10% des cas) et d'autant plus fréquentes que les consommations de graisse sont importantes, peuvent nécessiter un traitement adapté

4) Les difficultés d'alimentation, relativement rares, mais très variables d'une personne à l'autre.

5) L'absorption des médicaments peut être moins efficace et nécessite une surveillance rapproché

6) *Comme après toute chirurgie de l'obésité, la grossesse est déconseillée pendant la première année post-opératoire. Une contraception efficace est donc recommandée (la pilule contraceptive n'est pas considérée comme telle après un by-pass). La grossesse peut s'envisager 12 à 18 mois après un by-pass gastrique en sécurité, à condition que le bilan sanguin ne montre pas de carence. Elle nécessite toutefois un suivi plus rapproché.*

## Surveillance au long cours

Une surveillance pendant 2 ans tous les 3 mois est nécessaire avec une recherche des carences. Après la deuxième année, cette surveillance pourrait s'allonger en fonction de votre situation. Il est important de savoir que la surveillance en cas de Bypass DOIT continuer à vie. Il est important que votre médecin traitant fait parti de cette surveillance afin de vous aider à adapter votre vie. Un suivi par la diététicienne et la psychologue sera proposé également et ceci en fonction du besoin de chaque patient. Une rééducation physique par un kinésithérapeute fait également parti de nos possibilités.

Votre corps risque bien sûr de changer après une perte de poids importante avec un ventre pendulum, des bras et jambes disgracieuses et une poitrine en ptose.

N'hésitez surtout pas d'en parler avec votre chirurgien pour trouver également une solution chirurgicale par une chirurgie réparatrice.

## Conclusion

Le Bypass gastrique est une très bonne intervention pour le « bon » patient et on pourrait obtenir un excellent résultat. Comme toute intervention bariatrique, il y a malheureusement des échecs. Il est donc primordiale que le patient a fait une bonne préparation en préopératoire pendant 6 mois et qu'il a compris le mode de fonctionnement de cette intervention. Cette une intervention qui peut changer votre vie à condition que vous êtes prêt à vous aider vous-même.

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale. Veuillez également consulter le document d'information de la FCVD (Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive) et de la SO.FF.CO (Société Française et Francophone de Chirurgie de L'obésité). N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires et n'attendez pas le jour de votre intervention de les posées. Ceci augmentera seulement votre stress opératoire et nous souhaitons que votre intervention puisse se passer en toute sérénité.

**Dr. Peter FRANCOIS**

**Dr. Hervé TOURSEL**