

Dr Hortense Boullenois

CHIRURGIEN VISCERAL, DIGESTIF ET BARIATRIQUE

95 Chemin du Pont des 2 Eaux

84000 Avignon

secretariatscp@orange.fr

04.90.89.39.61

Le 25 nov. 2025

FICHE D'INFORMATION SLEEVE GASTRECTOMIE

Cette fiche de renseignement vous a été remise lors de votre consultation avant de pratiquer un acte à visée diagnostique ou thérapeutique, elle est destinée à vous aider à mieux comprendre l'information délivrée par votre chirurgienne.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte que va pratiquer votre chirurgienne, son déroulement, les conséquences habituelles et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Les conditions du suivi après examen ou intervention sont aussi précisées.

Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté.

N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci.

Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

La maladie dénommée « Obésité Pathologique » est caractérisée par l'existence d'un excès de poids important et durable. C'est une maladie chronique, dont les causes sont multiples, et que l'on ne peut guérir avec seulement des régimes et des conseils.

On la définit à partir de l'index de masse corporel (IMC). On calcule cet index en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille (en mètre). Chez une personne de corpulence normale l'IMC oscille entre 20 et 25. Au-dessus, on parle de surpoids, puis d'obésité, enfin, si l'IMC atteint ou dépasse 40, on parle d'obésité pathologique.

Alors qu'un simple surpoids peut être corrigé par des conseils diététiques et d'activité physique, cela est inopérant face à l'obésité pathologique dont il n'y a pas aujourd'hui de traitement efficace et durable en dehors de la chirurgie. Des interventions chirurgicales ont donc été proposées, soit pour réduire la quantité d'aliments ingérés, soit pour en diminuer l'absorption.

On considère que la chirurgie est licite si l'IMC est égal ou supérieur à 40, mais aussi si cet index est égal ou supérieur seulement à 35 dans le cas où l'obésité s'accompagne de pathologies associées ou induites par elle et pouvant être améliorées par la perte de poids, maladies diverses, que l'on regroupe sous le terme de comorbidité (diabète de type II, augmentation du taux de cholestérol, hypertension, apnée du sommeil, arthroses, etc.). Il faut savoir que le grand excès de poids ne disparaît jamais spontanément mais a tendance à augmenter, entraînant des effets de plus en plus nocifs, diminuant l'espérance de vie et jouant sur la qualité de la vie.

Mais le traitement d'un patient obèse ne débute pas par la chirurgie ! Une prise en charge pluri disciplinaire avec consultations de médecin, nutritionniste, gastro-entérologue (qui pratiquera une fibroscopie et recherche d'*Helicobacter Pylori*), psychiatre, cardiologue, etc., est indispensable. Une préparation à l'intervention est mise en route, avec trois aspects, diététique, psychothérapique et kinésithérapique. L'intervention ne se fait que six mois à un an après la première consultation chirurgicale et fait l'objet d'une demande d'entente préalable auprès de la Sécurité Sociale.

Il existe aujourd'hui deux interventions qui peuvent être proposées pour tenter de guérir l'obésité pathologique : le court-circuit gastro intestinal (by-pass), et la confection d'une gastrectomie longitudinale (sleeve-gastrectomy).

QU'EST-CE QU'UNE " SLEEVE GASTRECTOMIE " ?

C'est l'ablation d'au moins les deux tiers de l'estomac dont on ne conserve que le tiers interne sur toute sa longueur et qui prend alors la forme d'un « tube » d'environ 2 centimètres de diamètre.

C'est une intervention qui réduit considérablement le volume de l'estomac, ce qui permet une restriction de la quantité d'aliments ingérés. C'est aussi, par l'ablation de la partie de l'estomac qui sécrète la ghréline, « hormone de l'appétit », une technique qui entraîne une sensation de satiété précoce lors des repas.

On utilise pour sectionner l'estomac une pince de sutures mécaniques, que l'on garnit successivement de chargeurs d'agrafes, réalisant ainsi la section-suture de l'estomac de bas en haut.

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE INTERVENTION?

Faire perdre au patient au moins 50% de l'excès de poids dans l'année, et ne pas le reprendre.

C'est aussi de voir disparaître l'HTA, le diabète, l'apnée du sommeil, les douleurs articulaires, les troubles digestifs, etc.

Certes, cette intervention comporte des risques, mais il y a plus de risque à ne rien faire que de risque à opérer car l'obésité est nocive aux principales fonctions de l'organisme.

L'intervention est licite dès 18 ans. Avant, il peut exister certaines indications prises en accord avec une équipe pluridisciplinaire de pédiatres.

Un éventuel projet de grossesse doit être exprimé et analysé dans la stratégie proposée.

A partir de 60-65 ans, la perte de poids est plus difficile à obtenir et les risques de l'opération semblent plus élevés.

Ce type d'intervention peut entraîner des carences nutritionnelles, qu'il convient de prévenir. D'abord par un dosage de certaines vitamines avant l'intervention, puis par une supplémentation vitaminique qui devra être poursuivie à vie, ce qui implique qu'une Sleeve ne se conçoit que si le patient s'engage à être suivi médicalement tout au long de son existence.

En accord avec le chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il est donc proposé à la personne présentant une obésité pathologique une intervention selon le protocole suivant.

AVANT LE TRAITEMENT :

La chirurgie ne doit être proposée que si deux conditions sont réunies

- Le respect du critère IMC : on n'opère que si l'IMC est supérieur ou égal à 40, ou à 35 s'il existe des comorbidités documentées.
- La constatation qu'une prise en charge non chirurgicale de l'obésité (régime, mode de vie, traitement de troubles endocriniens ou psychologiques) n'a pas réussi, et que l'on se trouve face à un constat d'échec de tentative loyale de traitement non chirurgical.

QUEL TRAITEMENT ?

Sous anesthésie générale, par cœlioscopie (petits « trous » dans la paroi abdominale), on pratique l'abord de l'estomac que l'on sectionne au moyen de lignes d'agrafage successives ce qui crée un « tube » gastrique, d'environ 2 centimètres de diamètre. On retire par l'intermédiaire d'un sac stérile la partie de l'estomac que l'on a coupée.

Il peut arriver exceptionnellement que l'on soit amené à ouvrir l'abdomen, surtout en cas d'interventions antérieures sur la région.

L'hospitalisation est variable, en moyenne 1 à 2 jours.

ET APRÈS ?

Les premiers jours qui suivent l'opération nécessitent une surveillance rapprochée, car la plupart des complications, de l'ordre de 1% à 3% des cas, surviennent pendant cette période.

Complications Précoces et rares : Comme toute chirurgie, il peut y avoir des complications de type hémorragique,

infectieux ou d'ordre thrombo embolique, car l'obésité augmente le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, et la prévention de ce risque est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant, le port de bas de contention et la mobilisation précoce.

Comme dans toute chirurgie coelioscopique il est arrivé de constater une blessure d'autres organes, gros vaisseaux, rate, foie, estomac, intestin. Si cela est reconnu pendant l'opération, la réparation est en général simple. Cependant, si ces lésions ne sont pas vues pendant l'opération, il y a risque d'hémorragie, et surtout d'infection (péritonite, abcès), et nécessité impérative de ré-intervenir, avec risques d'atteinte sérieuse de l'état général. Des soins prolongés peuvent s'avérer nécessaires, parfois dans un service de réanimation.

Dans certains cas, il peut y avoir des torsions ou des sténoses du tube, entraînant des vomissements.

Apparition d'une fistule, due à une cicatrisation incomplète de la partie haute de l'agrafage. Les suites sont alors marquées par de la fièvre et des douleurs abdominales. Les radiographies ne montrent pas toujours la fistule, et il faut savoir la reconnaître rapidement, et ré-intervenir précocement, sous peine de voir survenir des abcès intra abdominaux, une péritonite, et dans quelques cas rares un choc septique, toutes ces manifestations impliquant une reprise opératoire précoce et une prise en charge en service de réanimation.

Plus tard, si la fistule ne cicatrise pas, on peut la traiter par mise en place de « prothèses couvrantes » ou par « clipage interne », ces techniques étant réalisées par des gastroentérologues interventionnels qui font partie de l'équipe technique qui prend en charge le patient. Ce type de complication survient entre 1% et 4% des cas ; certaines nécessitent un temps long et un séjour en service de réanimation pour guérir. La mortalité oscille entre 0,5 et 1 pour mille.

Plus tard peuvent être observées d'autres complications : diarrhées, reflux, « dumping syndrome » (malaise juste après un repas trop abondant ou trop riche), difficultés d'alimentation et vomissements, douleurs abdominales, enfin certaines occlusions tardives qui doivent être prises en charge précocement.

Sur le long terme, il peut y avoir une reprise de poids, presque constante au bout de deux ans, mais rarement assez importante pour nécessiter une intervention d'un autre type.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique.

Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Il faut savoir aussi que toute perte massive de poids entraîne des modifications anatomiques qui relèvent de la chirurgie reconstructive, voire esthétique. Il faut donc avoir prévu la possibilité d'une chirurgie de l'abdomen « descendu », c'est la dermo lipectomie, et souvent une chirurgie correctrice de la poitrine, des cuisses, des bras, et un lifting facial.

LES RÉSULTATS ATTENDUS:

Une diminution significative du poids, une amélioration ou guérison des comorbidités, une réhabilitation sociale, professionnelle et personnelle (image de soi).

EN RÉSUMÉ:

En résumé, la « Sleeve » est la plus pratiquée, à l'heure actuelle, des interventions chirurgicales visant à traiter l'Obésité Pathologique, c'est une intervention radicale et irréversible, qui comporte un nombre irréductible de complications graves, et dont les résultats sont en général très bons mais ne peuvent être garantis à 100%.

