



INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC

## GUIDE D'AIDE À LA DÉCISION



# Obésité et chirurgie

NOVEMBRE 2015

**Document rédigé par :**

**Nathalie Turgeon, infirmière clinicienne  
Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers**

**Révisé par :**

**Dr Odette Lescelleur, chirurgienne  
Dr Stéphane Lebel, chirurgien  
Mélanie Lemelin, chef administratif du programme de chirurgie bariatrique**

**Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval  
(IUCPQ-UL)**

**Avril 2011, révision novembre 2015**

## INTRODUCTION

Cette brochure vise à aider la personne atteinte d'obésité à faire un choix éclairé quant à la décision de se faire opérer.

Dans la première partie, on y retrouve les avantages et les inconvénients reliés à chaque type de chirurgie. La deuxième partie explique les démarches à suivre pour être opéré à l'IUCPQ.

## QU'EST-CE QUE L'OBÉSITÉ MORBIDE ?

L'obésité dite morbide est une obésité sévère qui a des conséquences sur la santé et la qualité de vie des personnes atteintes. L'obésité est classée par l'indice de masse corporelle (IMC).

L'IMC est le calcul du poids par rapport à la taille.

Exemple :

Poids de 264 lbs converti en kg =  $264 \div 2,2 = 120$  kg

Taille de 5pi 7 po converti en m =  $67\text{po} \times 2,54 = 170$  cm  $\div 100 = 1,70$  m

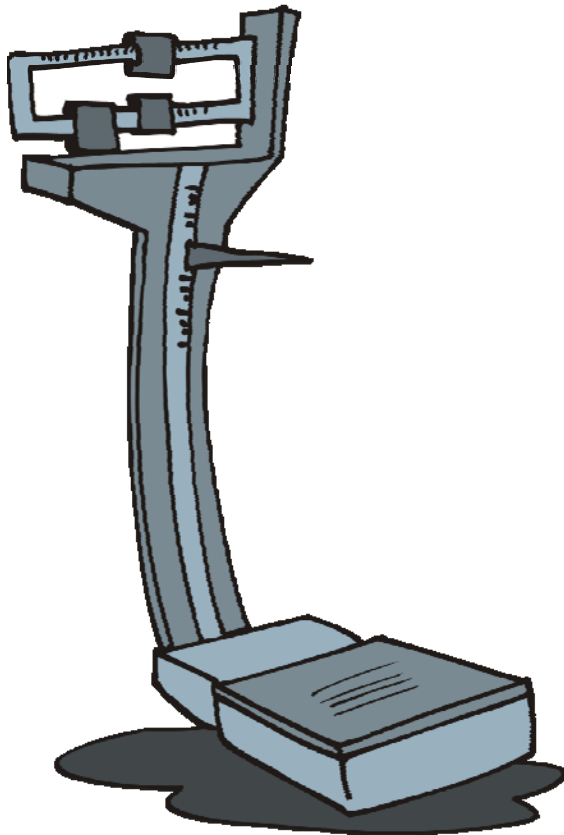
$$\text{IMC} = \frac{120 \text{ kg}}{1,70\text{m} \times 1,70\text{m}} = 41 \text{ kg/m}^2$$

On parle d'obésité morbide lorsque l'IMC est à  $35 \text{ kg/m}^2$  et qu'il s'accompagne de maladies associées ou qu'il est supérieur ou égal à  $40 \text{ kg/m}^2$ .

## **POURQUOI UTILISER LA CHIRURGIE LORSQU'UNE PERSONNE EST ATTEINTE D'OBÉSITÉ MORBIDE ?**

Les diètes sont presque toutes efficaces pour initier une perte de poids. Cependant, dans les situations d'obésité morbide, elles sont presque toutes inefficaces pour maintenir la perte de poids.

L'évolution médicale au cours des 40 dernières années a permis de raffiner l'approche chirurgicale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît cette approche comme le seul traitement disponible et efficace pour les usagers ayant un IMC de plus de 40 kg/m<sup>2</sup>.



## **EST-CE QU'IL EXISTE PLUSIEURS TYPES DE CHIRURGIE ?**

Il existe différents types de chirurgie qui se basent sur les principes suivants :

1. **La restriction** qui diminue la quantité de nourriture que peut contenir l'estomac.
2. **La malabsorption** qui diminue la quantité de nourriture digérée dans l'intestin.
3. **La combinaison de la restriction et de la malabsorption.** C'est le cas de la dérivation gastrique et de la dérivation bilio-pancréatique avec gastrectomie pariétale (DBP).

Les types de chirurgie sont décrits dans la prochaine partie. Cependant, à notre Institut, trois chirurgies sont offertes soit la **DBP, la gastrectomie pariétale seule et la dérivation gastrique.** Les chirurgiens de l'Institut sont des experts de la DBP, opération qu'ils ont perfectionnée au cours des 25 dernières années.

## **PARTIE 1 : TYPES DE CHIRURGIE**

Aucune des chirurgies n'est parfaite. Chacune présente ses avantages et ses inconvénients. Les voici :

### **1. La dérivation biliopancréatique avec gastectomie partielle (DBP)**

#### **Définition :**

- Réduction de l'estomac permettant de contenir 250 millilitres (1 tasse) de nourriture à la fois
- Dérivation de l'intestin qui a comme conséquence l'absorption partielle des aliments

#### **Perte de poids :**

- 35 à 50% du poids initial après 1 à 2 ans
- Perte de poids maintenu après 10 ans

#### **Risques :**

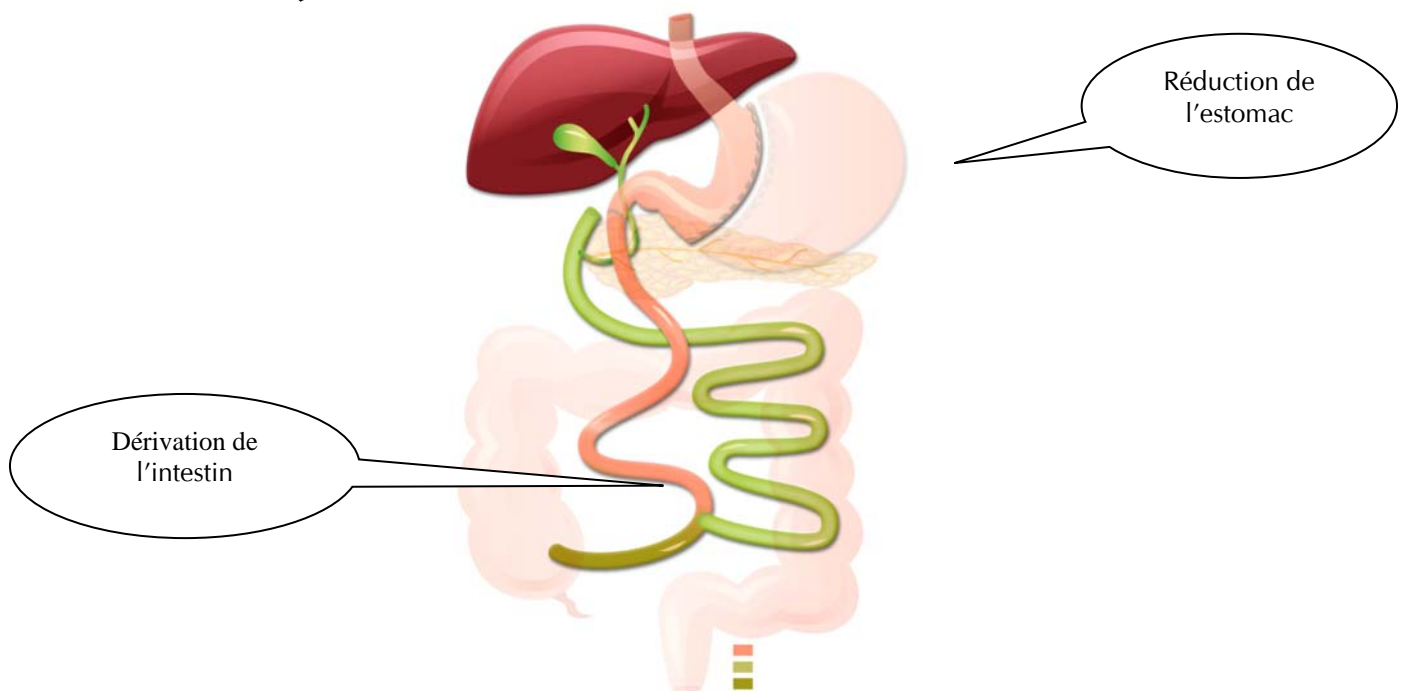
- Décès relié à l'opération dans moins de 0.5% des cas
- Complications à long terme de 15% ,principalement des déficiences en vitamines , protéines et minéraux.

### Avantages :

- Guérit ou améliore:
  - ◇ le diabète de type 2 à 92% selon la durée de la prise d'insuline
  - ◇ l'hypertension artérielle à 50 %
  - ◇ l'apnée du sommeil à 86 %
  - ◇ la dyslipidémie (cholestérol haut) à 95%
- Diminue le risque de maladie cardiovasculaire
- Permet de manger des repas de volume presque normal

### Inconvénients :

- En moyenne 10% d'échec de l'opération
- Perturbation de la flore intestinale avec présence de ballonnements et gaz malodorants chez 1/3 des opérés
- Présence de 2 à 6 selles par jour, parfois de la diarrhée
- Risque plus important de déficit en protéines, vitamines et minéraux
- Prise de cinq suppléments différents à vie (calcium, fer, multivitamines, vitamines A et D)
- Requiert un suivi à vie rigoureux avec l'équipe de chirurgie bariatrique de l'IUCPQ



## **2. La gastectomie pariétale**

### **Définition :**

- Réduction de l'estomac permettant de contenir 75 à 100 millilitres (1/2 tasse) de nourriture à la fois

### **Perte de poids :**

- 15 à 25% du poids initial après 2 à 5 ans
- Reprise de poids variable, fréquente après 2 ans

### **Risques :**

- Décès relié à l'opération dans 0,3% des cas
- Complications entre 3 et 15% principalement des difficultés d'alimentation .

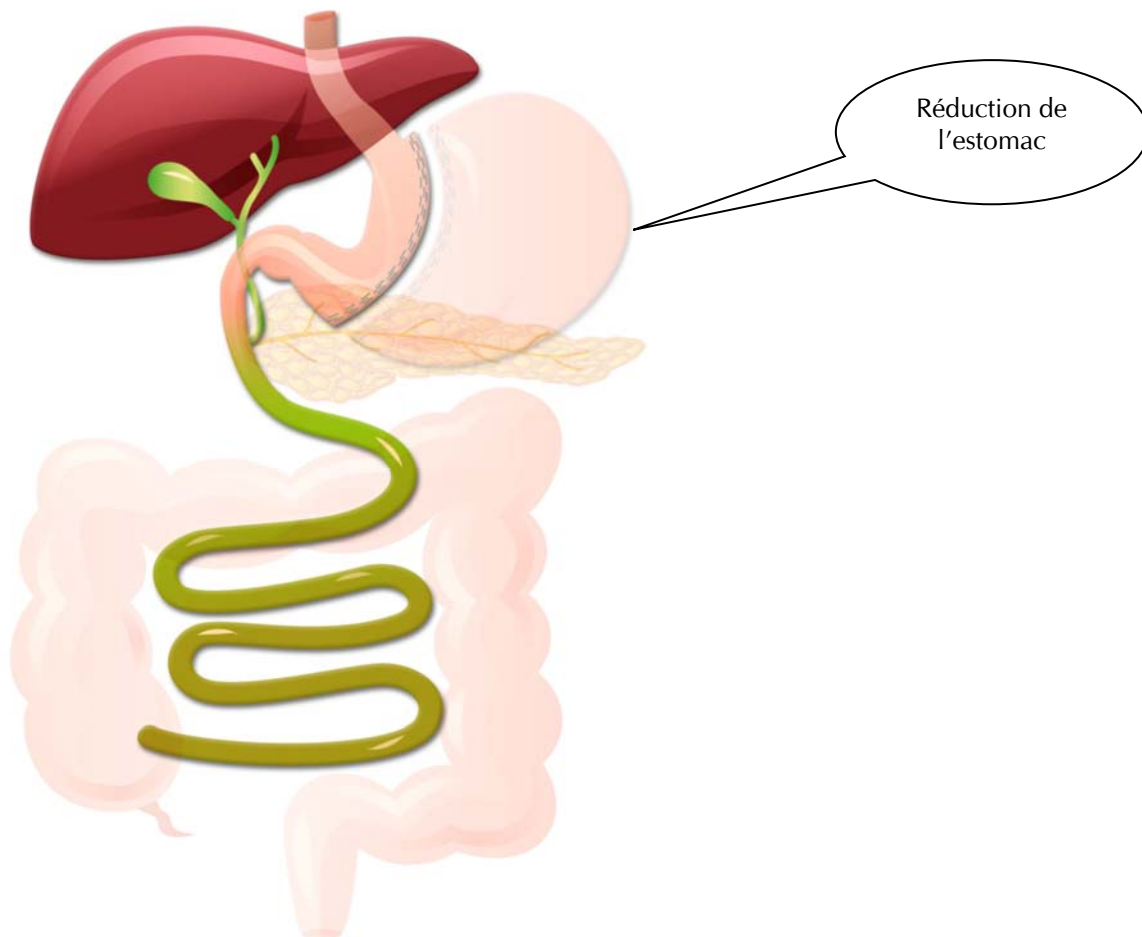


### **Avantages :**

- Procédure simple avec un risque chirurgical moindre
- Améliore les problèmes de santé liés à l'obésité à la condition de perdre du poids et de le maintenir

### **Inconvénients :**

- Réduction importante de la quantité d'aliments pouvant être mangés
- Présence de reflux ou de nausée fréquents
- Présence de vomissements occasionnels
- Reprise de poids chez certains opérés



### 3. La dérivation gastrique (Y-de-Roux)

#### Définition :

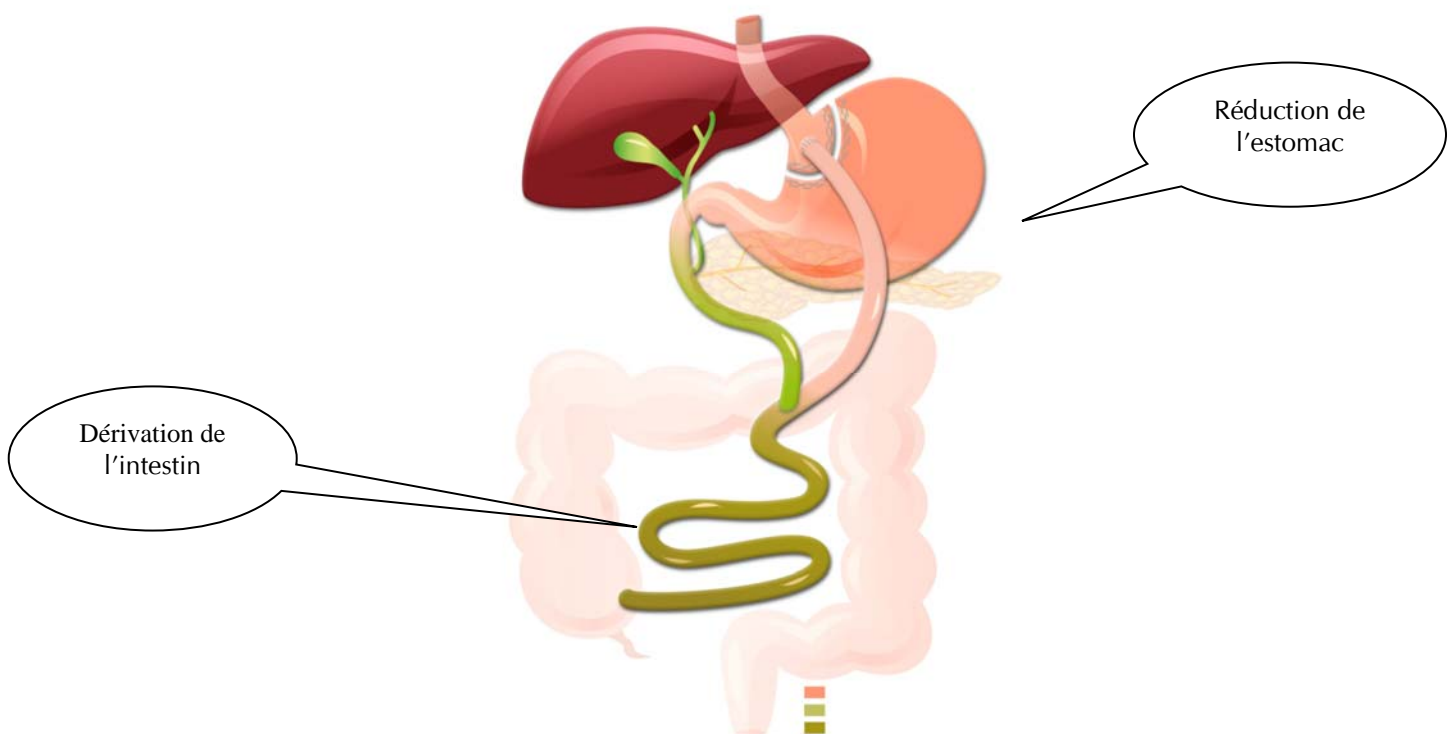
- Réduction de l'estomac permettant de contenir 30 millilitres (2 cuillères à soupe) de nourriture à la fois
- Dérivation de l'intestin qui a comme conséquence l'absorption partielle des aliments

#### Perte de poids :

- 25 à 35% du poids initial après 1 à 2 ans
- Maintien de la perte de poids après 5 ans

#### Risques :

- Décès relié à l'opération dans moins de 0,5% des cas
- Complications à long terme de 15% principalement des déficiences en vitamines et minéraux et des difficultés d'alimentation



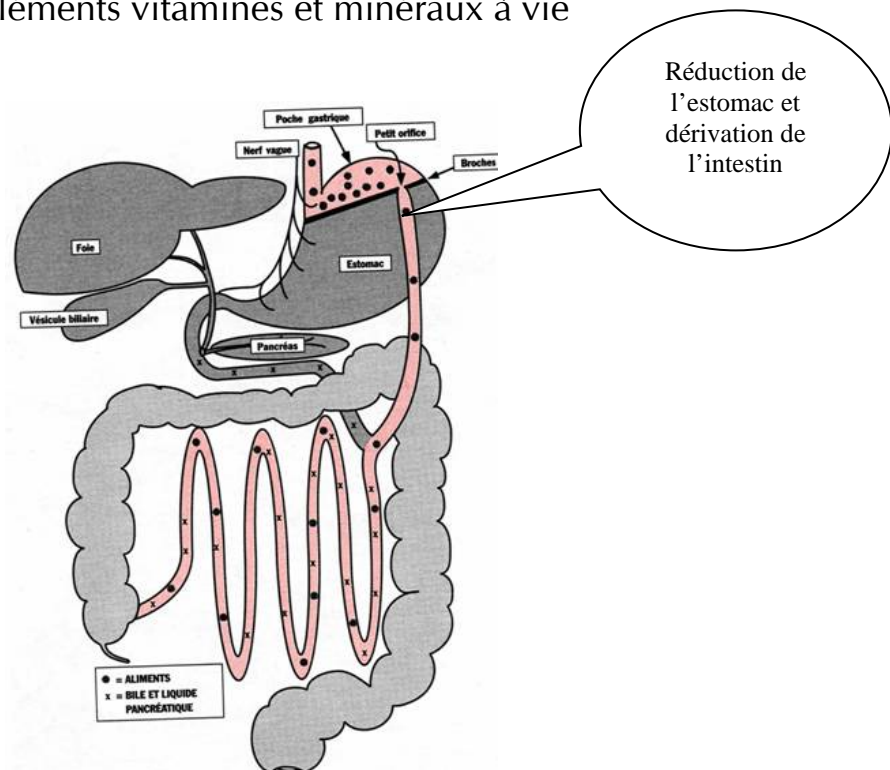
## Avantages :

- Guérit ou améliore:
  - ◇ le diabète de type 2 de 65 à 80% selon la durée de la prise d'insuline
  - ◇ l'hypertension artérielle à 50 %
  - ◇ l'apnée du sommeil à 84 %
- Diminue le risque de maladie cardiovasculaire

Note : La guérison et l'amélioration des problèmes de santé ne sont pas garantis à long terme si reprise de poids

## Inconvénients :

- En moyenne 15% d'échec de l'opération
- Réduction importante de la quantité d'aliments pouvant être mangés
- Présence de malaise à l'estomac suivant la prise de certains aliments
- Risque de déficit en vitamines et minéraux
- Prise de trois suppléments vitamines et minéraux à vie
- Suivi à vie



#### **4. L'anneau gastrique ou bande gastrique**

##### **Définition :**

- Réduction de l'estomac permettant de contenir 10 à 15 millilitres (1 cuillère à soupe) de nourriture à la fois

##### **Perte de poids :**

- 15 à 25% du poids initial après 2 à 5 ans
- Reprise de poids variable, fréquente après 5 ans

##### **Risques :**

- Décès relié à l'opération dans moins de 0.1% des cas
- Complications à long terme entre 13 et 28% souvent reliées à la bande elle-même (trop ou pas assez gonflée, glissement de la bande etc..)

### Avantages :

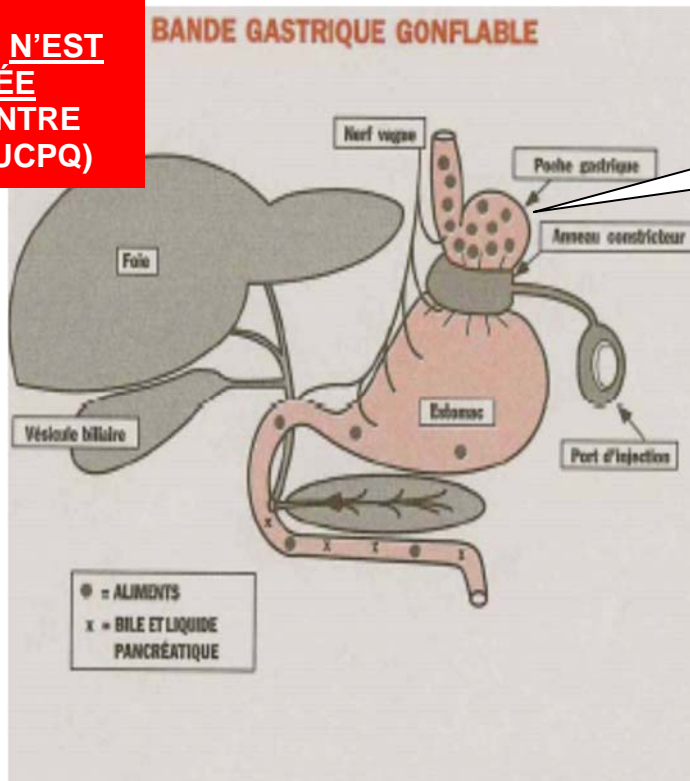
- Procédure simple avec faible risque chirurgical
- Facilement réversible
- Peut être dégonflée lors de grossesse
- Améliore les problèmes de santé liés à l'obésité en fonction de la perte de poids et de son maintien

### Inconvénients :

- Échec de l'opération après 5 ans entre 45 et 60%
- Réduction importante de la quantité d'aliments pouvant être mangés
- Présence de vomissements occasionnels
- Visites médicales fréquentes dans les premiers mois pour ajuster la bande
- Glissement de la bande et dégonflement du ballonnet chez certains opérés

### PRENDRE NOTE

**CETTE CHIRURGIE N'EST PAS PRATQUÉE DANS NOTRE CENTRE HOSPITALIER (L'IUCPQ)**



## **PARTIE 2 : FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME À L'IUCPQ**

L'implication de l'utilisateur est essentielle à la réussite globale de la chirurgie. Cette implication:

- réduit le risque de reprise de poids ;
- limite les risques de carences alimentaires;
- limite le risque d'apparition d'effets secondaires.

**Pour être éligible à la chirurgie pratiquée à l'Institut, la personne doit :**

1. Avoir un IMC à 35 kg/m<sup>2</sup> si problèmes de santé associés tels que le diabète, l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil, l'arthrose, etc. ou IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>.
2. Avoir déjà appliqué des stratégies de perte de poids.
3. Être prêt à s'engager à participer à un suivi à vie avec l'équipe de chirurgie de l'IUCPQ en plus du suivi régulier avec le médecin de famille.
4. Être prêt à faire des modifications à ses habitudes de vie :
  - Inclure dans son alimentation l'ingestion quotidienne d'aliments riches en protéines.
  - Réduire la consommation d'aliments riche en gras et en sucre.
  - Éviter les excès d'ingestion d'un surplus de calories.
  - Prendre les suppléments à vie selon les recommandations de l'équipe.
  - Éviter la consommation de boissons gazeuses.
  - Cesser le tabagisme.
5. Ne pas avoir de dépendance d'alcool ou de drogues.
6. Être en mesure de prendre un congé de maladie de 3 mois suivant la chirurgie.

**L'ENGAGEMENT À VIE DE L'USAGER EST NÉCESSAIRE  
C'EST UN PENSEZ-Y BIEN...**

## **VOICI LES ÉTAPES PRÉVUES AU PROGRAMME**

### **1. Référence au programme :**

La référence peut se faire:

Par courriel. Vous pouvez récupérer les documents nécessaires à l'inscription sur le site de L'IUCPQ dans l'onglet OBESITE, la trousse d'inscription est disponible ainsi que notre adresse courriel.

ou

Par téléphone 418-656-8711 poste 4652

ou

Par télécopieur 418-656-4611. *La demande de référence d'un médecin est souhaitable.*

### **2. Questionnaires à remplir afin de permettre l'étude de votre dossier :**

Si vous êtes dans l'incapacité d'utiliser les documents disponibles sur notre site internet afin de vous inscrire. Le guide d'aide à la décision et un questionnaire vous seront postés. Pour être éligible, le questionnaire doit être retournés dans les 5 semaines suivant la date d'envoi. Un accusé de réception sera envoyé par courriel ou par courrier dans les 6 à 8 semaines suivantes.

### **3. Choix des priorités sur la liste d'attente :**

Chaque dossier (analyse du questionnaire) est étudié par une équipe multidisciplinaire constituée de : chirurgien, infirmière, nutritionniste et travailleur social afin d'établir des priorités sur la liste d'attente.

### **4. Ouverture de dossier**

Par la suite, une infirmière appellera chaque personne inscrite au cours des 36 mois suivants. Elle confirmera l'inscription au programme. Elle pourra aussi donner des instructions à l'utilisateur.

## 5. Préparation à l'admission :

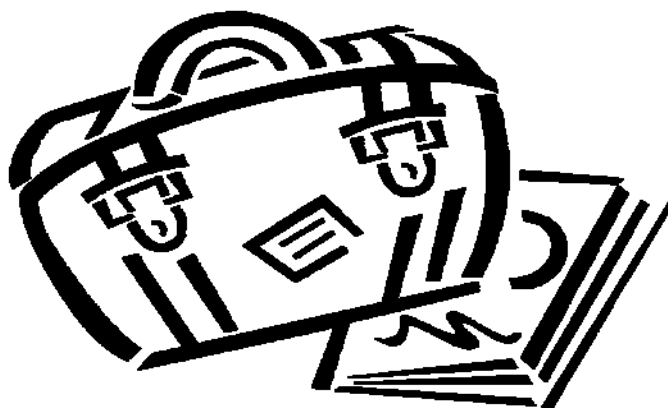
Cette étape vise à rencontrer le chirurgien et les autres membres de l'équipe ainsi que divers consultants médicaux selon les problèmes de santé de l'utilisateur. Ces consultations permettront d'avoir en main toutes les informations nécessaires quant à la décision d'opérer.

La rencontre des professionnels de la santé est prévue sur 2 ou 3 jours. Il est parfois nécessaire de revenir pour passer des examens ou rencontrer un ou des médecins.

## 6. Préparation à l'opération :

Cette étape a pour but de s'assurer que le dossier est à jour. Une à deux semaines avant l'opération, l'utilisateur est revu par le chirurgien qui donnera les dernières instructions. L'infirmière donnera les consignes à suivre pour se préparer à l'opération.

L'utilisateur sera admis soit la journée même de l'opération ou la veille selon la décision de l'équipe de soins.



**L'utilisateur doit assumer son hébergement au cours de l'évaluation et de la préparation à l'opération**



## 7. Hospitalisation et opération

Le séjour hospitalier est de 2 à 5 jours selon le type de chirurgie.

## 8. Le suivi post opératoire

À votre sortie de l'hôpital, vous devrez :

- Respecter une diète molle pour les 3 premières semaines.
- Faire ajuster la médication par votre médecin.

À vie, vous devrez :

- Prendre des suppléments (minéraux et vitamines).
- Avoir des prises de sang à intervalles réguliers.
- Suivre les instructions de l'équipe médicale concernant l'ajustement des suppléments prescrits.
- Vous présenter aux rendez-vous de suivi médicaux.



## Références

- Fuller, W.D., Rasmussen, J.J., Ali, M.R. (2008). Detailed description of early resolution of metabolic syndrome following laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass. *Surgery for obesity and related diseases ( SOARD)*, 4 (3), 297.
- Mogol, P. (2008). Gastric Bypass versus gastric banding : 1518 patients. *Surgery for obesity and related diseases ( SOARD)*, 4 (3), 317.
- Wilber, D. (2005). Le traitement chirurgical de l'obésité morbide : Mise à jour, *ETMIS*, 1 (3),1-80.
- Zimmerman, J.M., Blanc, M., Imbert, M., Mashoyan, P. (2008). Laparoscopic adjustable gastric banding 2176 procedures with 12 years follow up. *Surgery for obesity and related diseases ( SOARD)*, 4 (3), 292.

## Étapes d'inscription

**1. Référence au programme par  
Courriel //téléphone//télécopieur**



**2. Questionnaires postés à l'utilisateur**

- 5 semaines pour le retourner à l'IUCPQ
- Accusé de réception par courriel ou courrier



**3. Étude du dossier pour établir les priorités**



**4. Ouverture de dossier d'investigation**

- Appel d'une infirmière



**5. Investigation**

- Rencontre avec les membres de l'équipe de soins sur 2 –3 jours ou plus



**6. Préparation à l'opération**

- Visite médicale 1 à 2 semaines avant l'opération
- Admission la veille ou le jour même de l'opération



**7. Hospitalisation 2 à 5 jours**



**8. Suivi post-opératoire à vie**

**L'équipe du programme de chirurgie bariatrique à l'IUCPQ est formée d'un personnel dévoué et très expérimenté tant en cliniques externes que sur l'unité de soins**



***Photo de l'équipe actuelle de la clinique externe qui prépare et assure le suivi post opératoire***