Chirurgie de l'obésité

Information aux patients

CHwapi

L'équipe

Coordinateur médical - nutritionniste : Dr DEREPPE

Chirurgiens : Dr DESMET, Dr HAUTERS, Dr MALVAUX

Psychiatre : Dr KIRCH

Psychologues : Mme DUHAYON, Mme DURIEUX

Diététicienne/Accompagnatrice de la chirurgie de l'obésité : Mme VERO

Prise de rendez-vous

Consultations Nutritionniste (site UNION) : 069/333 000
- Dr DEREPPE

Consultations Chirurgie (site NOTRE-DAME) : 069/333 000
- Dr DESMET - Dr HAUTERS

Consultations Chirurgie (site UNION) : 069/333 000
- Dr DESMET - Dr MALVAUX

Consultations Psychologie et Psychiatrie (site UNION) : 069/333 000

Consultations Accompagnatrice de la chirurgie de l'obésité/Diététicienne (site UNION) : 069/333 000

Infos : 069/331 880 - echo@chwapi.be

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

1. **Introduction** 4

2. **Obésité ? Mais encore...** 5

3. **Pourquoi traiter l'obésité ?** 5

4. **Conditions d'éligibilité** 6

5. **Contre-indications** 6

6. **Les frais liés à l'intervention** 6

7. **Principes des interventions** 8

8. **Les techniques pratiquées par l'ECHO** 8

    8.1. L'anneau gastrique ajustable 8
    8.2. Technique de la gastrectomie longitudinale (Sleeve) 10
    8.3. Technique du Bypass gastrique 11

9. **Concrètement, comment ça se passe ?** 12

    9.1. Avant l'intervention 12

        9.1.1. La préparation 12
        9.1.2. La décision 14

    9.2. L'intervention 14

        Quid de l'alimentation 14

    9.3. Après l'intervention 15

        9.3.1. Le suivi 15
        9.3.2. Les carences 16
        9.3.3. La perte de poids 16
        9.3.4. Les médicaments 16
        9.3.5. La grossesse 16

1. Introduction

L'objectif de ce fascicule est de vous éclairer sur le traitement chirurgical de l'obésité, ses implications, ses avantages et ses inconvénients.

Afin d'assurer le déroulement optimal du traitement, la chirurgie bariatrique est régie par plusieurs textes législatifs engageant à la fois le patient et les praticiens. Vous trouverez dans ce guide, d'une part, **l'ensemble des mesures à respecter avant, pendant et après l'intervention** et, d'autre part, les modalités financières ainsi que les remboursements auxquels vous pouvez prétendre.

Outre l'aspect légal, sur le plan éthique, une intervention de ce type réalisée sur un organe sain dans le but d'obtenir une perte de poids, nécessite une appréciation rigoureuse du **rapport bénéfice/risque**. Ainsi, il est nécessaire d'être particulièrement attentif à la justification thérapeutique de l'acte. C'est pourquoi, le chirurgien est entouré d'une **équipe multidisciplinaire** constituée d'un médecin nutritionniste - coordinateur, d'un endocrinologue, d'une psychiatre, d'une psychologue et d'une diététicienne. Différents examens chez d'autres spécialistes (gastroentérologues, pneumologues, cardiologues, ...) font partie du **bilan préopératoire obligatoire**. Une accompagnatrice de la chirurgie bariatrique vous aidera dans votre parcours et s'assurera que vous ayez une réponse à toutes vos questions.

À la fin de ce fascicule, vous trouverez un formulaire de consentement éclairé du patient. Après avoir reçu et compris toutes les informations, nous vous demandons de signer ce document. Il témoigne de votre bonne compréhension et de votre accord à bénéficier d'une procédure chirurgicale. Ce document sera conservé dans votre dossier médical.

Equipe de la Chirurgie de l'Obésité

2. Obésité ? Mais encore...

Les professionnels de la santé utilisent l'indice de corpulence pour définir l'obésité : l'IMC (Indice de Masse Corporelle) ou BMI (Body Mass Index).

Le BMI ou IMC est le rapport entre votre poids (en kg) et votre taille (en mètre) au carré. Au-delà d'un BMI de 30kg/m^2, on parle d'obésité.

- **BMI de 30 à 35 :** obésité de grade I
- **BMI de 35 à 40 :** obésité de grade II
- **BMI au-delà de 40 :** obésité de grade III

L'obésité est la conséquence de nombreux facteurs accumulés :

- prédisposition génétique (familiale),
- causes alimentaires (surconsommations),
- manque d'exercices, sédentarité,
- problèmes psychologiques,
- etc.

3. Pourquoi traiter l'obésité ?

L'obésité peut entraîner l'apparition de problèmes médicaux. Ces complications dues à l'excès de poids induisent des risques réels pour la santé et réduisent l'espérance de vie.

Ces complications (appelées aussi facteurs de co-morbidités) sont

- **cardiovasculaires :** hypertension artérielle, lésions des artères du cœur et des membres, phlébite, AVC, ...
- une **diminution de la fonction respiratoire avec des risques d'apnées du sommeil**,
- un **diabète de type II précoce**,
- **ostéo-articulaires :** usure des hanches, des genoux, de la colonne vertébrale,
- **dyslipidémies** (accumulation de graisses dans le sang : trop de cholestérol, beaucoup de triglycérides, ...),
- **reflux gastro-oesophagien, goutte,** ...

Baisse de la fertilité, troubles sexuels, problèmes relationnels, professionnels, psychologiques (dépression, baisse de l'estime de soi, sentiment de dévalorisation, etc.) : autant de difficultés qui accompagnent fréquemment l'obésité et diminuent la qualité de vie.

Une diminution durable du poids est associée à une réduction de ces risques et à une augmentation de l'espérance de vie.

4. Conditions d'éligibilité

La législation belge a établi une liste de conditions auxquelles doivent répondre les candidats à une chirurgie bariatrique pour bénéficier d'une intervention et obtenir un remboursement. Une opération ne peut être réalisée que si tous les critères sont réunis.

Les conditions sont

- avoir
  - un BMI supérieur ou égal à 40 kg/m^2

  ou
  - un BMI supérieur ou égal à 35 kg/m^2 en combinaison avec un des critères suivants :
    - un diabète traité,
    - une hypertension résistante à la prise simultanée de 3 anti-hypertenseurs,
    - un syndrome d'apnée du sommeil objectivé par un examen polysomnographique,
    - en cas d'échec d'une chirurgie bariatrique antérieure, les patients devant subir une nouvelle intervention après complication ou résultat insuffisant.
- être âgé de 18 ans au minimum,
- avoir suivi pendant au moins 1 an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable.

L'accord est donné après une concertation multidisciplinaire effectuée au préalable à laquelle participent conjointement un chirurgien, une diététicienne, un endocrinologue ou un interniste, un psychiatre et/ou un psychologue.

5. Contre-indications

Hormis ces dispositions légales, il existe des contre-indications médicales à l'intervention, telles que

- les troubles psychiatriques,
- l'alcoolisme, la toxicomanie,
- le cancer, la cirrhose,
- une contre-indication médicale à l'anesthésie,
- une grossesse,
- etc.

6. Les frais liés à l'intervention

Si vous répondez aux critères d'éligibilité fixés par la législation, vous bénéficiez d'un remboursement de votre intervention par l'Inami. En appliquant strictement ces pré-requis, l'ECHO vous permet de bénéficier de ce remboursement. Si vous avez souscrit une assurance personnelle, les frais à votre charge pourront éventuellement être couverts par cette assurance complémentaire. **Informez-vous auprès de votre assurance**, elle est la plus à même de vous donner des renseignements concernant ce point.

TABLEAU DES FRAIS LIÉS À L'INTERVENTION

NOMENCLATURE - 01/07/14								
Code prestation médicale	Description	Voie d'accès	Code matériel	Valeur €	Montant Remb. INAMI	Montant à charge du patient	Marge de délivrance	Total à charge du patient
241813-241824	Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable (« gastricbanding ») par laparoscopie (pour le traitement de l'obésité morbide)	ouverte	Anneau 155805	1751,78	963,48	788,3	148,74	937,04
		endo	Anneau 155805	1751,78	963,48	788,3	148,74	1135,92
			Matériel 155886	361,61	198,89	162,72	36,16	
241776-241780	Gastroplastie de réduction par laparotomie (Mason, Sleeve) (pour le traitement de l'obésité morbide)	ouverte	Matériel 155842	619,89	74,39	545,5	61,98	607,48
		endo	Matériel 155864	1808,03	994,42	813,61	148,74	962,35
241835-241846	Gastroplastie de réduction associée à une dérivation biliopancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodénal) par laparoscopie (pour le traitement de l'obésité morbide)	ouverte	Matériel 155901	619,89	74,39	545,5	61,98	607,48
		endo	Matériel 155923	2169,63	1193,3	976,33	148,74	1125,07

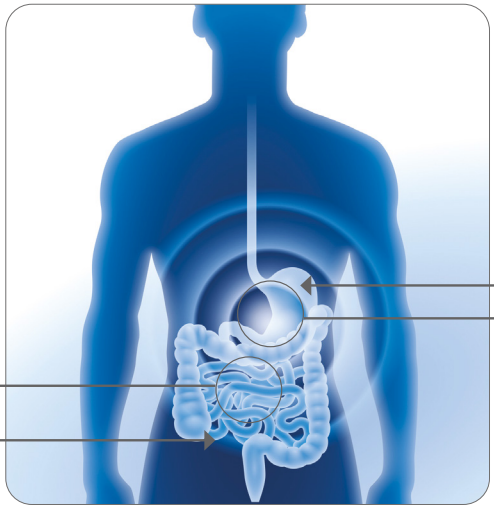
Tarifs applicables au 15 décembre 2015.

Ce tableau reprend la quote-part à charge des patients pour le matériel mis en place. À cela s'ajoutent les frais inhérents à l'hospitalisation.

7. Principes des interventions

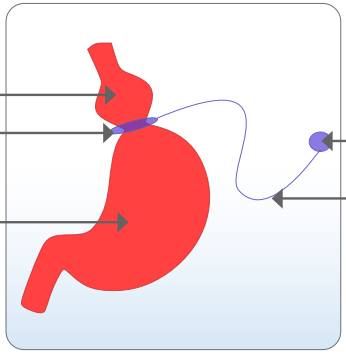
Il existe deux moyens par lesquels la chirurgie peut aider à contrôler votre obésité : la restriction et la malabsorption.

- Les interventions de restriction visent à diminuer la quantité d'aliments ingérés.
- Les interventions de malabsorption visent à diminuer l'absorption des aliments (une partie de l'alimentation, pauvrement digérée, est éliminée via les selles).



8. Les techniques pratiquées au centre ÉCHO

8.1. L'anneau gastrique ajustable



Principe

L'anneau gastrique est une technique restrictive qui permet de diminuer le volume de l'estomac et de ralentir le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.

Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé par laparoscopie, autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de rassasiement apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.

Caractéristiques

L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est parfois nécessaire lors du suivi. L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.

Cette technique est réservée à des patients jeunes. Elle est déconseillée pour les personnes qui grignotent. En cas de non-respect des règles diététiques et d'absence de pratique d'activité physique, les échecs sont fréquents sur le long terme.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.

En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.

Durée moyenne de l'intervention : 1 heure

Mortalité liée à l'intervention : 0,1 %

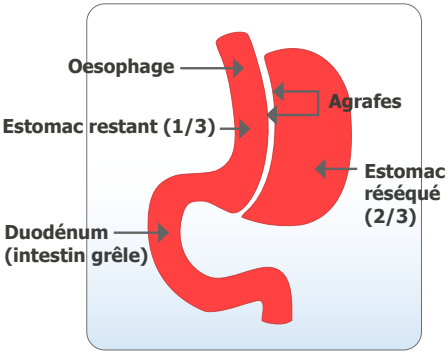
Principaux risques de complications

Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :

- problèmes liés au boîtier : infections (0,3 à 9%), dysfonction du boîtier ou du cathéter (0,4 à 1,7%) > déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ;
- glissement de l'anneau (2 à 24%) et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter (10%) ;
- occlusion gastrique aiguë (6%) ;
- lésions de l'estomac provoquées par l'anneau : érosion de l'estomac (7%), migration de l'anneau (1%) ;
- troubles de l'oesophage (reflux, oesophagite, troubles de la vidange, …).

Dans certaines formes de complications, une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau.

8.2. Technique de la gastrectomie longitudinale (Sleeve)



Principe

Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et notamment, la partie contenant les cellules qui secrètent 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.

Historiquement, cette opération était pratiquée sur des patients obèses chez qui le bypass n'était pas réalisable dans un premier temps. Après une perte de poids, une seconde intervention était alors proposée. Néanmoins, cette opération ayant montré de bons résultats sur la perte pondérale, elle est maintenant réalisée seule.

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. Le recul sur ces résultats est de 5 ans.

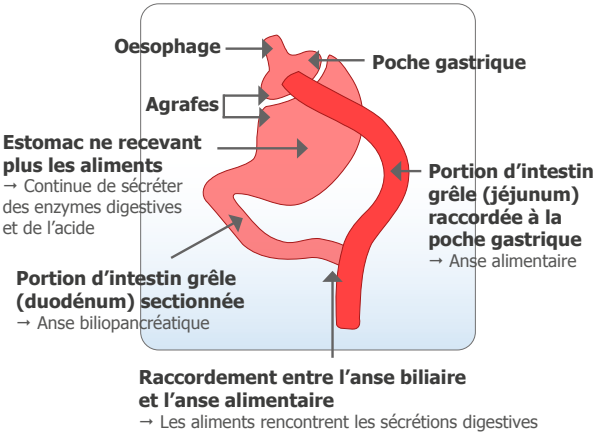
Durée moyenne de l'intervention : 2 heures

Mortalité liée à l'intervention : 0,3 %

Principaux risques de complications

- fistules et lâchage de la ligne d'agrafe (0,7 à 5%), ulcères, sténose gastrique (0,7 à 4%) ;
- hémorragies postopératoires précoces (4,8%) ;
- reflux gastro-oesophagien (remontées acides et alimentaires dans l'oesophage) et inflammation de l'oesophage (20% en postopératoire immédiat) ;
- dilatation de l'estomac ;
- carences nutritionnelles possibles (à surveiller).

8.3. Technique du Bypass gastrique



Principe

Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg. Le recul sur ces résultats est de 20 ans.

Durée moyenne de l'intervention : 1h30 à 3 heures

Mortalité liée à l'intervention : 0,5 %

Principaux risques de complications

- embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde (0 à 3,3%) ;
- complications chirurgicales : fistules (0 à 5%), ulcère (0,6 à 16%), rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin (6 à 20%), hémorragies (0,6 à 4%), occlusion de l'intestin (0 à 5%) ;
- carences nutritionnelles ;
- complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, constipation, dumping syndrome (à la fin du repas : sensation de faiblesse qui peut s'accompagner de malaise avec transpiration, accélération de la fréquence cardiaque, douleurs abdominales, diarrhée, nausées, vomissement, ...).

9. Concrètement, comment ça se passe ?

9.1. Avant l'intervention

Cette étape est indispensable et nécessite un **véritable engagement** de votre part. Durant **plusieurs mois**, vous allez rencontrer différents professionnels, membres d'une équipe interdisciplinaire qui vont vous informer, vous examiner et vous proposer différents examens.

Leur objectif est de réaliser un bilan complet de votre état de santé et de vous informer au mieux des implications d'une opération.

9.1.1. La préparation

Voici la liste des rendez-vous et examens à prévoir.

Le groupe d'accueil

Une fois par mois, un **groupe d'accueil** a lieu afin d'informer les nouveaux patients des démarches à effectuer. C'est le **point de départ de votre bilan**. Pour vous y inscrire, contactez le call center au 069/333 000.

Rendez-vous

- **Le chirurgien de votre choix :**
  Dr DESMET, Dr HAUTERS ou Dr MALVAUX

  Le chirurgien vous expliquera les possibilités d'opération vous concernant. Nous vous conseillons, si possible, de venir avec votre conjoint afin qu'il soit également informé et que vous obteniez des réponses à toutes vos questions.

  Au minimum deux contacts seront nécessaires avant d'envisager l'opération. Idéalement, il faudra prévoir une consultation en début de bilan et une autre avant l'intervention.

- **La diététicienne : Mme VERO**

  Elle accueille, informe le(la) patient(e) et répond à ses questions. Outre ce rôle d'accompagnatrice, la diététicienne est là pour analyser avec le(la) patient(e) son comportement alimentaire. Une stratégie de changement sera éventuellement mise en place.

  Après l'opération, elle a pour mission de conseiller le(la) patient(e) sur sa réalimentation afin d'éviter les carences. Afin de garantir une réussite durable de la chirurgie en termes de perte de poids, le rôle de la diététicienne consiste également à poursuivre le travail sur le comportement alimentaire préalablement effectué lors du bilan préopératoire.

- **Le cardiologue - nutritionniste : Dr DEREPPE**

  Le Docteur DEREPPE, Coordinateur de l'ÉCHO, est nutritionniste. Lors de la première rencontre, il veillera à exclure ou à repérer toute contre-indication à la chirurgie, mais également à prescrire les examens nécessaires à votre bilan.

- La psychiatre : Dr KIRCH
- Les psychologues : Mme DUHAYON, Mme DURIEUX

Les consultations psychiatriques/psychologiques ont pour objectif principal d'identifier les contre-indications psychopathologiques et de distinguer un éventuel retentissement social, familial et relationnel de l'obésité. Toujours en collaboration avec le(la) patient(e), leurs rôles sont également de déterminer la fonction et les composantes émotionnelles de l'alimentation.

Le suivi postopératoire est capital en raison d'un risque d'états anxio-dépressifs (20 à 45% des patients) et de difficultés relationnelles possibles au sein du couple. La perte de poids importante peut également induire des difficultés à accepter cette nouvelle image corporelle.

Examens

- Prise de sang

Détection d'éventuelles pathologies et carences, exclusion d'une cause endocrinienne à l'obésité.

- Echographie foie/vésicule

Dépistage d'une stéatose hépatique (une accumulation de graisses dans l'organe). Un volume de foie augmenté nécessite parfois une perte de poids préopératoire pour permettre le travail chirurgical.

- Examens cardiologiques

Electrocardiogramme, épreuve d'effort, scintigraphie, … afin d'exclure un problème cardiaque et d'évaluer votre capacité physique à l'effort.

- Œso-gastro-duodénoscopie et biopsie (Gastroentérologie)

Le passage de la caméra dans votre estomac permet de vérifier son anatomie et de contrôler si vous présentez une hernie, une œsophagite, … La biopsie nous confirme la présence éventuelle d'une bactérie, l'hélicobacterpylori, qui nécessite une éradication préalable à la chirurgie.

- Radio thorax

Examen de base pour examiner le cœur et les poumons (surtout chez les fumeurs).

- E.F.R. - Epreuve Fonctionnelle Respiratoire (Pneumologie) - et éventuelle polysomnographie

Le pneumologue réalisera une E.F.R. pour évaluer votre capacité respiratoire. S'il suspecte un syndrome d'apnée du sommeil, il vous proposera une polysomnographie.

Au terme du bilan, Mme VERO vous donnera rendez-vous pour un bilan synthèse chez le Dr DEREPPE : il vous fera part du résultat de la concertation multidisciplinaire et donnera les ultimes réponses à vos questions.

9.1.2. La décision

À l'issue de la phase de bilan, l'équipe rend un avis qui peut être de trois ordres :

L'intervention est envisageable

Le chirurgien vous donne alors de plus amples informations sur la technique opératoire que vous aurez choisie. Il répond à vos questions. Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous sera proposée, un rendez-vous avec un anesthésiste sera programmé et un formulaire de notification sera envoyé au médecin conseil de votre mutuelle.

L'intervention n'est pas envisageable pour le moment

Vous devrez vous engager dans une préparation complémentaire au terme de laquelle, l'équipe pluridisciplinaire réexaminera votre demande et rendra un nouvel avis.

Exemple : l'opération doit être préparée psychologiquement.

La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas

L'équipe pluridisciplinaire vous en expliquera les raisons. Elle vous proposera une autre prise en charge, non-chirurgicale.

9.2. L'intervention

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, la plupart du temps par laparoscopie. Cette technique permet de procéder à l'opération par de petits orifices dans la paroi abdominale. Dans certains cas cependant, le chirurgien peut décider d'ouvrir l'abdomen (laparotomie).

Quid de l'alimentation après l'intervention ?

Après l'intervention, vous resterez à jeun le temps de procéder à une vérification du montage. Ensuite, vous mangerez progressivement des aliments dont la consistance est modifiée : d'abord liquides, puis sous forme de purée et enfin solides.

Pour ne pas subir de désagréments tels que des douleurs ou des vomissements, il est important de suivre les conseils diététiques.

- Mangez lentement, voire très lentement : prenez de petites bouchées que vous prendrez le temps de mastiquer.
- Ne forcez pas et écoutez vos sensations. Le rassasiement vous indique quand arrêter de manger.
- Prenez vos repas dans un endroit calme, en position assise.
- Ne buvez pas en mangeant, mais hydratez-vous correctement entre les repas.
- Respectez les prescriptions de compléments alimentaires afin d'éviter les carences nutritionnelles.
- Faites le point régulièrement auprès de l'ÉCHO.

9.3. Après l'intervention

« Se faire opérer, c'est s'engager ! »

9.3.1. Le suivi

Vous devez maintenant, et pour toute la vie :

- intégrer et conserver vos nouvelles habitudes alimentaires, pratiquer une activité physique régulière et adaptée à votre situation;
- être suivi(e) régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire qui a réalisé l'intervention, en liaison avec votre médecin traitant*. La première année, vous rencontrerez tous les 3 mois le Coordinateur de l'équipe (Dr DEREPPE) avec un bilan sanguin pour vérifier votre état de santé. Avec le temps, les rendez-vous s'espaceront.
- Vous serez également amené(e) à revoir le chirurgien un mois après l'intervention puis, une fois par an.

Ces rendez-vous ont pour objectifs

- d'évaluer votre perte de poids ;
- de vérifier que vous êtes en bonne santé, de repérer et de prendre en charge les éventuelles **complications chirurgicales** et **carences nutritionnelles** qui peuvent survenir très tôt après l'intervention ou plus tardivement ;
- d'**adapter**, si besoin, **les traitements** que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après intervention malabsorptive alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu ;
- de vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activité physique, et vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes ;
- de **dépister les éventuels problèmes psychologiques** liés au changement du corps et de vous proposer alors un suivi adapté. La perte de poids modifie le corps et son apparence. Ceci peut entraîner un bouleversement psychologique plus ou moins facile à gérer. Une période d'adaptation au changement est normale et nécessaire pour vous-même et votre entourage.
- de vous proposer, si nécessaire, une intervention de chirurgie réparatrice pour supprimer l'excès de peau qui persiste à certains endroits après avoir maigri (seins, ventre, bras et cuisses).

* Vous serez amenés à reprendre rendez-vous 1 mois après l'intervention avec la psychologue et la diététicienne afin d'organiser le suivi postopératoire.

9.3.2. Les carences

Pour prévenir les carences, vous recevrez d'office un cocktail d'oligo-éléments et de vitamines que vous ne pourrez pas arrêter sans avis médical. Systématiquement, un bilan pour contrôler la présence éventuelle de carences vous sera proposé (prises de sang). En cas de carences, il sera **nécessaire de prendre d'autres suppléments** (par voie orale ou parfois, par injection). Ne pas prendre ces suppléments peut aggraver vos carences nutritionnelles et conduire à des complications neurologiques graves.

N'oubliez pas de signaler à tous les médecins que vous serez amené(e) à rencontrer que vous avez bénéficié d'une intervention chirurgicale de l'obésité.

9.3.3. La perte de poids

Les attentes en termes de perte de poids sont variables suivant la technique choisie. En général, l'amaigrissement est rapide les premiers mois suivant l'opération. Il ralentit ensuite pour atteindre son maximum 1 à 2 ans après l'intervention.

Au-delà, **une reprise pondérale est envisageable** si aucun changement comportemental n'a été mis en place. **Le suivi psycho-diététique est essentiel** afin d'éviter ce phénomène.

9.3.4. Les médicaments

Certains médicaments sont à éviter dans la mesure du possible, car ils sont toxiques pour l'estomac (aspirine, corticoïdes, anti-inflammatoires). Avant une prise de médicament, contactez votre médecin en lui rappelant que vous avez subi une opération de chirurgie de l'obésité.

9.3.5. La grossesse

Il est possible d'avoir un enfant après une opération. Néanmoins, il est préférable d'attendre que la perte de poids soit stabilisée. Il est important de faire un bilan de l'état nutritionnel avant d'envisager une grossesse et d'assurer un suivi régulier jusqu'à l'accouchement. Suite à certaines interventions malabsorptives et selon votre contraception, un ajustement peut être nécessaire afin d'éviter une grossesse non désirée. Parlez-en à votre gynécologue.

Je soussigné(e) Madame/Monsieur .....

né(e) le ……/……/…… autorise le Dr ..... a réaliser une intervention

chirurgicale de type .....

programmée, sauf modifications, le …… /…… /…… au CHwapi.

Je confirme que le Dr ..... et les membres de l'ECHO m'ont donné des informations précises sur mes problèmes de santé. Il m'a été expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible, si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale. J'ai également été informé(e) des alternatives thérapeutiques possibles avec leurs avantages et inconvénients.

J'ai reçu des informations claires sur la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais aussi à terme. Je certifie avoir lu attentivement la documentation que l'ÉCHO m'a fournie et avoir reçu des explications à mes interrogations la concernant.

J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un élément imprévu pourraient conduire à étendre l'intervention en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement. Dans ces conditions, j'autorise le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

En outre, j'affirme avoir été clairement averti(e) d'une estimation du coût financier lié à ce type de traitement en fonction de mes exigences personnelles et de l'indication opératoire.

Je déclare enfin avoir informé le médecin de mon état de santé antérieur.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions concernant cette intervention et le chirurgien y a répondu de manière complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été données. Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

En conclusion, je comprends le sens et les explications du document que je signe ci-dessous. Tout est parfaitement clair et j'affirme en faire mon affaire personnelle.

Ce document doit être remis, signé par vos soins, lors de l'admission, à un membre de l'ÉCHO pour être joint à votre dossier médical.

Fait à ..... , le …… /…… /……

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

écho

Equipe de la Chirurgie de l'Obésité

En entreprenant le bilan pour la chirurgie de l'obésité au CHwapi, vous vous engagez :

- à arrêter de fumer au moins 6 semaines avant une éventuelle intervention ;
- idéalement à perdre du poids (un amaigrissement de 10% de votre poids facilite le travail chirurgical) et surtout à ne pas en prendre. Si cela s'avère nécessaire, un régime vous sera prescrit avant l'opération ;
- à respecter vos engagements de prises de rendez-vous. A défaut de pouvoir les honorer, veuillez prévenir de votre absence suffisamment à l'avance ;
- à continuer un suivi régulier auprès de l'ECHO après l'intervention.

La décision de vous faire opérer vous revient, de même que celle de la technique chirurgicale. Cependant, l'équipe est là pour vous guider dans ces choix, n'hésitez donc pas à lui poser toutes les questions qui vous interpellent.

Outre ces conditions, ne perdez pas de vue :

- que l'efficacité de la chirurgie est sans garantie formelle de perte pondérale à long terme.
- qu'il existe des effets secondaires à court et à moyen terme (complications, carences, ...),
- le risque potentiel réel de toute chirurgie de l'obésité avec des complications parfois très difficiles à récupérer (risque dû à l'anesthésie, à la chirurgie, à l'obésité elle-même),
- les engagements que vous devrez respecter après l'intervention pour obtenir un succès maximum.

écho

Equipe de la Chirurgie de l'Obésité

CHwapi

www.chwapi.be

Août 2019 - E.R. : Didier DELVAL - CHwapi ASBL - Siège social : 9, avenue Delmée - 7500 Tournai