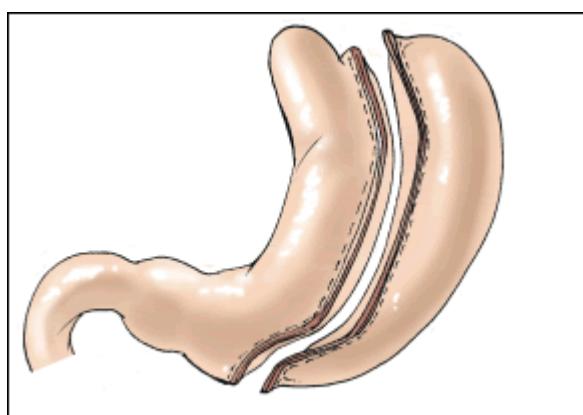


Sleeve Gastrectomy

Ou Gastrectomie longitudinale



La *Sleeve Gastrectomy* fait perdre du poids par un double effet, **restrictif** (suite à la diminution du volume de l'estomac, réduit à un simple tube vertical) et **hormonal** (diminution de la sécrétion gastrique de Ghréline, une hormone qui stimule la sensation de faim).

Cette procédure a été conçue initialement en Angleterre et ultérieurement développée et propagée en Allemagne, en Belgique et aux Etats-Unis. Au début, la Sleeve Gastrectomy était proposée aux patients souffrant d'obésité massive ($IMC > 60 \text{ Kg/m}^2$) afin d'induire une réduction pondérale rendant le traitement définitif (By-pass ou Duodenal Switch) moins sujet à des complications graves.

L'extension des indications aux autres patients était limitée par l'idée que cette opération serait insuffisante suite à l'absence d'une dérivation intestinale associée, pouvant théoriquement aboutir à une reprise de poids. Cependant, de nouvelles tendances datant de 2004 ont abouti à une utilisation plus étendue de cette opération. Des recherches ont également démontré que la réduction du volume gastrique diminuait fortement la sécrétion de Ghréline rendant le mécanisme de la faim mieux contrôlé. Actuellement, la *Sleeve Gastrectomy* est proposée de plus en plus fréquemment à tous les patients souffrant d'obésité morbide et non seulement aux patients avec des $IMC > 55$ ou 60 Kg/m^2 .

L'estomac est réduit en le divisant verticalement et en lui ôtant plus 80 % de son volume. Cette intervention n'est nullement réversible. L'estomac restant est façonné en forme de banane ou de canne de Golf avec un volume de 60 à 150 ml environ. Les nerfs moteurs de l'estomac, ainsi que la partie distale (la plus dotée en muscles), sont sauvagardés afin de ne pas entraver sa vidange en provoquant des vomissements et des douleurs gastriques.

Technique opératoire :

Presque toujours par coelioscopie

Possibilité de pratiquer une technique opératoire avec une SEULE cicatrice dérobée dans l'ombilic (Chirurgie dite « *One Port* »)

La durée opératoire est de 50 à 90 minutes en moyenne

Une vidéo de l'intervention est disponible sur le site internet de l'Hôpital

Avantages:

- L'estomac étant réduit tout en fonctionnant normalement par ailleurs, la plupart des aliments peuvent être consommés mais en petite quantité.
- Supprime une grande partie de l'estomac qui secrète la Ghréline en provoquant ainsi une diminution de la sensation de faim.
- Moins de dumping syndrome suite à la conservation du pylore.
- En évitant un *By-Pass* (lorsque la *Sleeve Gastrectomy* est proposée comme intervention définitive), les risques d'occlusion intestinale, d'anémie sévère, d'ostéoporose, de déficit vitaminique et en oligo-éléments sont presque éliminés.
- Très efficace quand elle est proposée en premier temps opératoire chez les patients avec IMC > 55 ou 60 Kg/m² (perte de poids de 30 à 80 Kg environ).
- Semble aussi efficace pour les patients avec un IMC < 55 Kg/m² bien qu'il n'y ait que peu d'études comparant la *Sleeve Gastrectomy* au *By-Pass* gastrique.
- Semble une option séduisante chez les patients ayant une anémie, une maladie de Crohn ou d'autres maladies rendant l'utilisation de l'intestin hasardeuse (by-pass ou duodenal switch).
- Peut être confectionnée par voie coelioscopique y compris chez les patients de plus de 250 Kg.
- De nouvelles techniques opératoires sont actuellement proposées (*Chirurgie dite « One Port »*) avec une seule incision coelioscopique de 25 mm dans l'ombilic! Ceci rend la cicatrice opératoire presque invisible! Cette option technique est surtout réalisable en cas d'IMC < 50 Kg/m².

Désavantages:

- Génère moins de perte pondérale et serait plus sujette à des reprises pondérales à long terme, pour certains.

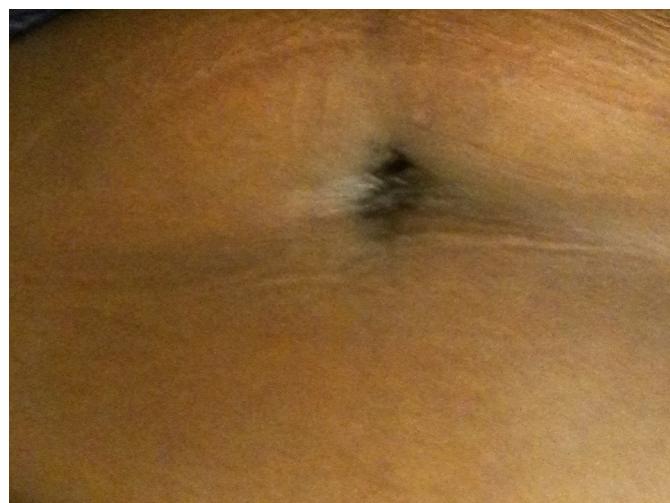
- Nécessite une deuxième intervention en cas d'échec et de principe chez les patients avec un IMC > 55 ou 60 Kg/m².
- Très inadaptée pour les sweet-eaters (Coca-Cola, Milk-shake, Glaces).
- Comporte plusieurs risques dont celui de la fistule sur la tranche gastrique agrafée ; le traitement de cette fistule est très difficile et long avec un taux d'échec élevé. Cependant, le risque de survenue d'une telle complication reste rare (< 5 %) entre les mains expertes.
- Intervention non réversible mais pouvant être convertie en beaucoup d'autres procédures (By-Pass, Duodenal Switch, Scopinaro).

Risques et Complications

- Fistule gastrique 1 à 3 %
- Thrombophlébites 0.5 %
- Embolie pulmonaire 0.5 %
- Pneumonie 0.2 %
- Détresse respiratoire aiguë 0.25 %
- Splénectomie 0.5%
- Saignement postopératoire 0.5 %
- Occlusion intestinale presque 0 %
- Mortalité 1/400

Suivi diététique:

Un suivi postopératoire très méticuleux est nécessaire (chirurgien, psychiatre, nutritionniste). Un régime mixé est recommandé pendant 2 à 4 semaines. Quatre à six semaines plus tard, une montée en charge progressive est effectuée avec comme cible 600-800 calories/jour. Après 2 ans, et une fois le poids définitif atteint, un régime avec 1000 à 1200 calories par jour est possible.



Photographie prise chez une patiente ayant eu une *Sleeve Gastrectomy* réalisée par la technique « One Port » :

Une seule incision dissimulée dans l'ombilic.