

ANNEXE 1

EQUIPES RESPONSABLES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS BENEFICIAIRE D'UN IMPLANT ANNULAIRE DE GASTROPLASTIE

EQUIPES RESPONSABLES DE LA PRISE EN CHARGE

La chirurgie gastrique de l'obésité doit s'inscrire dans une stratégie médicale cohérente et globale comportant :

- un bilan préopératoire multidisciplinaire : médical (nutritionnel), chirurgical, anesthésique et psychologique ;
- une information du patient ;
- un suivi médical et chirurgical prolongé.

L'acte chirurgical est une étape, majeure mais non exclusive, d'un projet médical global coordonné par le médecin responsable de la prise en charge au long cours.

Equipes médico-chirurgicales :

Seules des équipes médico-chirurgicales ayant l'expertise de la prise en charge de ces obésités morbides, doivent conduire ces prises en charge.

Les équipes médico-chirurgicales doivent être en mesure de proposer aux patients toutes les techniques de chirurgie bariatrique. Elles doivent s'engager à renseigner l'étude de cohorte nationale.

L'équipe multidisciplinaire est constituée au minimum d'un médecin (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'un psychiatre ou d'un psychologue, d'un chirurgien et d'un anesthésiste-réanimateur. L'équipe est responsable des projets thérapeutiques en collaboration avec le médecin traitant.

Les praticiens des équipes médico-chirurgicales doivent répondre aux exigences suivantes :

- le nutritionniste, endocrinologue ou interniste est compétent dans le domaine de l'obésité (publications, DU, expérience antérieure),
- le chirurgien digestif justifie d'une formation spécifique en chirurgie coelioscopique et d'une expérience en chirurgie bariatrique (seuil minimal d'activité recommandé : 30 interventions chirurgicales bariatriques par chirurgien par an),
- l'anesthésiste justifie d'une expérience dans la surveillance péri-opératoire de l'obésité morbide,
- le psychiatre et le psychologue justifient d'une expertise sur les conduites/comportements alimentaires,
- le diététicien est compétent dans le domaine de l'obésité.

Si les membres de l'équipe multidisciplinaire appartiennent à des établissements différents, les conditions de leur coopération doivent être précisées dans une convention écrite entre les parties.

Evaluation préopératoire :

La décision d'intervention résulte d'une analyse collégiale par une équipe multidisciplinaire, après échec d'une prise en charge médicale spécialisée bien conduite d'au moins un an, conforme aux « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité¹».

Il doit être réalisé un bilan médical, nutritionnel, psychologique, anesthésique et chirurgical. Il est recommandé que le patient prenne contact avec des groupes de patients.

L'évaluation préopératoire doit permettre :

- d'identifier le médecin et l'équipe multidisciplinaire responsables du projet du suivi médical ;
- d'analyser la motivation du patient et sa capacité à adhérer durablement au programme thérapeutique ;
- d'évaluer l'ensemble de la situation clinique, somatique, psychologique incluant le contexte médico-chirurgical et anesthésique ;
- d'étudier le contexte familial et social, la chirurgie de l'obésité conduisant parfois à des transformations relationnelles importantes ;
- de poser l'indication opératoire, incluant le type d'intervention, ou de l'estimer contre indiquée, au terme d'une décision réellement collégiale ;
- de définir avec le patient les conditions du suivi.

L'équipe médicale doit :

- traiter activement les comorbidités avant l'intervention : en particulier les complications cardio-respiratoires (en particulier le syndrome d'apnée du sommeil) et métaboliques (diabète et hypertension artérielle),
- fournir au patient une information et des conseils nutritionnels adaptés à la période pré, péri et post opératoire.

Information du patient :

L'information est un droit pour le patient et un devoir pour le médecin traitant et l'équipe thérapeutique (spécialiste, chirurgien, anesthésiste, diététicienne).

Une information claire et précise doit être fournie sur :

- les avantages et inconvénients de la procédure,
- les risques immédiats de l'intervention et de ses suites : la question majeure est celle du risque vital en période péri opératoire : les chiffres de mortalité varient de 0.1 à 0.5%. Le risque de réintervention est actuellement compris entre 5% et 10%. Les patients doivent être informés des possibilités d'échec et/ou de complications à long terme,
- les conséquences de l'intervention sur la vie quotidienne, les habitudes alimentaires et la santé,
- l'importance de la pratique régulière d'une activité physique,
- la possibilité d'une conversion d'une procédure coelioscopique à une procédure conventionnelle en cours d'intervention,
- l'inclusion et le suivi dans le cadre d'une cohorte nationale.

Il est fortement recommandé de compléter l'information orale par un document écrit. Il est conseillé au patient de rencontrer des patients opérés afin d'échanger des expériences.

Suivi :

Un suivi médical et chirurgical durable est impératif car :

- l'intervention entraîne une maladie iatrogène de l'estomac avec des conséquences digestives et nutritionnelles (carences en fer, folate, vitamines du groupe B, dénutrition),
- le matériel implanté peut être source de complications (retournement du boîtier, rupture de tubulure, etc...),
- un contrôle radiologique régulier du montage chirurgical est recommandé afin de dépister une dilatation de poche ou une dilatation oesophagienne, une malposition de l'anneau,
- le traitement des comorbidités doit être surveillé et adapté (anti-diabétiques et anti-hypertenseurs),
- l'intervention peut profondément modifier la situation psychologique et sociale.

Ce suivi est de la responsabilité du médecin qui a posé l'indication opératoire et de l'équipe multidisciplinaire qui l'a pris en charge. Il est recommandé de fournir au patient un document de type carte ou carnet sur lequel figurent les renseignements relatifs à la nature de l'intervention, le modèle d'anneau, les dates de serrages et de consultations, les incidents survenus après l'intervention...

Il faut considérer dans les suites de l'intervention, au cours de la première année, au minimum :

- trois consultations chirurgicales associées à un examen radiologique,
- deux consultations médicales,

Les structures :

La chirurgie gastrique de l'obésité doit être réalisée par une équipe médico-chirurgicale spécialisée dans l'obésité ayant une activité régulière dans le domaine. Il est totalement déconseillé de pratiquer cette chirurgie de manière occasionnelle.

Les équipes doivent être en mesure d'assurer :

- le bilan nutritionnel et métabolique,
- le dépistage et le traitement des complications de l'obésité en particulier cardiovasculaires et respiratoires,
- l'évaluation de l'état digestif (endoscopie digestive fortement conseillée avant l'opération),
- l'évaluation psychologique,
- une unité d'anesthésie équipée pour l'accueil de ces patients,
- un accès à une unité de soins intensifs adaptée à ce type de patients,
- un accès à une salle de radiologie (contrôle du positionnement de l'anneau).

Les collaborations doivent être effectives avec le médecin traitant.

Les structures chirurgicales doivent disposer des équipements hôteliers adaptés aux personnes obèses, d'une salle d'opération disposant des conditions réglementaires d'asepsie et de sécurité d'un bloc opératoire comprenant une table opératoire supportant une charge de plus de 250 kg et du matériel de coelioscopie adapté (trocar...), et des matériels adaptés pour ces corpulences (brancards et fauteuils roulants, brassards de tensiomètre de grande taille et pyjamas de grande taille).