

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN MINI-BYPASS

Vous envisagez de bénéficier d'un mini-bypass gastrique, ou bypass en omega. Avant de vous opérer, il est de la responsabilité de votre chirurgien de s'assurer que vous ayez bien compris les risques que comporte cette intervention.

Les complications sont rares mais elles doivent être reconnues et traitées le plus tôt possible car elles peuvent avoir des conséquences graves, et parfois mortelles.

Les complications médicales

- L'épreuve que représente l'intervention pour l'organisme peut chez les patients prédisposés provoquer une **crise cardiaque**.
- Malgré toutes les précautions pour éviter les phlébites (caillots de sang dans les veines des jambes), il peut arriver qu'elles se forment et qu'une partie du caillot sanguin se détache et bouche les vaisseaux des poumons (**embolie pulmonaire**). L'embolie pulmonaire peut être de petite taille et ne pas être remarquée, ou être massive et entraîner la mort.
- Par peur de la douleur, les patients ont tendance après l'opération à ne pas respirer profondément, ce qui favorise les **infections pulmonaires**. Elles nécessitent un traitement antibiotique. La kinésithérapie respiratoire avant et après l'intervention diminue ce risque.

Les complications opératoires

Pendant l'intervention, il peut arriver que l'on blesse certains organes : œsophage, estomac, rate, foie, intestin grêle, colon, vaisseaux sanguins.

- Une **blesseure de la rate** peut entraîner un saignement important nécessitant une transfusion sanguine. Parfois, la seule façon d'arrêter le saignement est d'enlever la rate. Il faut alors prendre des antibiotiques pendant deux ans après l'intervention pour éviter certaines infections.
- Les **blesseures du tube digestif** pendant l'opération ne sont en général pas graves si elles sont vues tout de suite. Si elles ne sont pas vues tout de suite elles provoquent une **péritonite**, qui nécessite une nouvelle opération et souvent une prise en charge en réanimation.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN MINI-BYPASS

Les complications liées à la voie d'abord

- L'intervention aura lieu sous coelioscopie.
 - Cela veut dire que le chirurgien travaillera en passant ses instruments et une caméra par de petites incisions, et en regardant sur un écran. Il y a un risque au moment de la mise en place des instruments de **blessier l'intestin grêle, le colon ou un vaisseau sanguin**.
 - Afin de pouvoir opérer, votre cavité abdominale sera gonflée par un gaz, le dioxyde de carbone (CO₂), qui sera évacué dans sa quasi-totalité à la fin de l'intervention.
 - La présence de ce gaz dans votre abdomen peut être responsable de **douleurs dans les épaules** pendant les 2-3 premiers jours qui suivent l'intervention. Ces douleurs sont sans gravité et disparaissent spontanément.
 - Si le gaz s'introduit dans la plèvre (**pneumothorax**), il peut être nécessaire de mettre un drain thoracique.
 - Si le gaz s'introduit dans un vaisseau sanguin (**embolie gazeuse**), des mesures de réanimation peuvent être nécessaires.
 - Au total vous aurez cinq cicatrices : trois de 1 cm et deux de 1/2 cm, situées entre le nombril et le rebord des côtes.
 - En cas de mauvaise cicatrisation de la paroi abdominale, ces cicatrices peuvent être le siège d'une **éventration précoce ou tardive**, qui nécessite un traitement chirurgical (mise en place d'une plaque).
 - Si une anse intestinale (un bout d'intestin) se coince dans une éventration, on parle alors d'**éventration étranglée**. Il faut alors opérer en urgence à cause du risque d'**occlusion** et de **souffrance de l'intestin**.
 - En cas de mauvaise cicatrisation de la peau à cause d'un **hématome** ou d'une **infection de la paroi**, il peut se former un **abcès** sous la peau, qui devra être évacué. Il faudra pour ça enlever les fils plus tôt et éventuellement mettre une mèche dans la cicatrice pendant plusieurs jours.
- En cas de problème pendant l'intervention il peut arriver qu'une **conversion en laparotomie** soit nécessaire, c'est à dire un abandon de la coelioscopie et la réalisation d'une grande incision au milieu de l'abdomen.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN MINI-BYPASS

Les complications chirurgicales précoces

Dans les jours qui suivent l'intervention, il existe essentiellement deux types de complications.

- Une fuite sur l'une des sutures digestives, appelée **fistule**, veut dire que le contenu du tube digestif (estomac ou intestin grêle) coule dans la cavité abdominale. Il en résulte une **péritonite** puis un **choc septique** si on ne ré-opère pas rapidement. La gravité de la fistule dépend du temps que l'on met à la découvrir. C'est pour ça que toute anomalie durant les 15 jours qui suivent l'intervention doit être signalée à votre médecin ou à votre chirurgien sans attendre (fièvre, transpiration, essoufflement, accélération du rythme cardiaque, baisse de tension). Attention, il peut y avoir une fistule sans douleur abdominale. Le risque de fistule est deux fois plus élevé si le(a) patient(e) a été porteur d'un anneau.
- Il peut y avoir un saignement (**hémorragie**) de l'une des lignes de suture. Le saignement peut avoir lieu dans l'abdomen et nécessiter une ré-intervention ou avoir lieu dans le tube digestif et nécessiter une endoscopie. Si la perte de sang est importante il peut y avoir une transfusion sanguine.

Les complications chirurgicales tardives

Les complications peuvent survenir des années après l'intervention.

- Les **ulcères** de la suture entre l'estomac et l'intestin grêle (anastomose gastro-jéjunale) peuvent provoquer des douleurs ou un rétrécissement (une sténose) de l'anastomose ou un saignement.
- Un rétrécissement (**sténose**) de la suture entre l'estomac et l'intestin grêle peut nécessiter plusieurs séances de dilatation par endoscopie.
- Une **occlusion** peut apparaître pour différentes raisons : adhérences (cicatrices intra-abdominales), hernie interne ou éventration.
- Des **déficits** aigus en vitamine B₁ (thiamine) peuvent survenir dans la période post-opératoire en cas de vomissements répétés et provoquer des troubles neurologiques. Tout vomissement prolongé doit être signalé. Par la suite, les déficits les plus courants sont les déficits en fer, en calcium, en folates et en vitamines B₁₂. Ils sont sans gravité mais nécessitent de réaliser des prises de sang régulièrement après l'intervention et de prendre des compléments le cas échéant.
- Le mini-bypass peut favoriser chez certains patients l'apparition d'un reflux de bile de l'estomac vers l'œsophage (**reflux gastro-oesophagien bilieux**). Lorsque le reflux est trop important, il faut transformer le mini-bypass en bypass.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR UN MINI-BYPASS

Document remis le

À

Par le Dr Podelski

Consentement éclairé

J'ai lu et compris le consentement éclairé pour un mini-bypass. Après avoir lu ce document explicatif, j'ai pu poser toutes mes questions au Dr Podelski et obtenir des réponses claires. Je suis maintenant suffisamment informé(e) pour être en mesure de décider de bénéficier d'un mini-bypass gastrique en toute connaissance des implications.

J'ai également compris qu'au cours de l'intervention le Dr Podelski peut, devant des événements imprévus, modifier sa tactique opératoire.

Je m'engage à me présenter aux consultations du suivi post-opératoire avec le Dr Podelski.

Je m'engage également à recourir à l'aide nécessaire (endocrinologue, nutritionniste, diététicien, psychiatre, coach sportif) pour maintenir une alimentation et un comportement post-opératoire adaptés.

Strasbourg, le

Signature du patient

Signature du Dr Podelski
