



INNOVATION CHIRURGICALE AU CHU DE SAINT-ETIENNE : UNE CHIRURGIE DE L'OBESITE REALISEE EN AMBULATOIRE

Une équipe de chirurgie digestive du CHU de Saint-Etienne a pratiqué une gastrectomie longitudinale, technique de prise en charge de l'obésité, pour la première fois en ambulatoire dans la région stéphanoise. Cette première a été réalisée par le Dr Radu Palaghiu, chirurgien, le Dr Sylvie Beauchesne, anesthésiste, et l'équipe de chirurgie digestive dirigée par le Pr Jack Porcheron et le Dr Gabriele Barabino. Ce nouveau protocole s'inscrit dans le projet institutionnel de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAC), promue par l'ARS Rhône-Alpes et le Ministère de la Santé.

La gastrectomie longitudinale ou « sleeve » est une intervention chirurgicale habituellement pratiquée lors d'une hospitalisation de 3 ou 4 jours qui consiste à retirer environ 2/3 de l'estomac à des patients souffrant d'obésité. L'estomac se trouve ainsi réduit à un tube vertical ayant la forme d'une manche ou « sleeve » en anglais. Pratiquer cette intervention en ambulatoire constitue un acte innovant au sens de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), puisque moins de 60 gastrectomies longitudinales sont actuellement réalisées en ambulatoire au niveau national. Cette intervention est pratiquée chez des patients porteurs d'une obésité sévère qui présentent également souvent des facteurs associés comme le diabète, l'hypertension artérielle ou l'apnée de sommeil.

Grâce à un nouveau programme de réhabilitation précoce pour lequel le CHU de Saint-Etienne est pilote, cette chirurgie restrictive peut désormais être effectuée en ambulatoire

Le patient porteur d'obésité morbide (150 kg, avec un indice de masse corporelle de 46,3) a été hospitalisé à 7 h du matin. L'intervention a été réalisée dans la matinée, par coelioscopie. Des micro-incisions de quelques millimètres ont été effectuées sur l'abdomen du patient. Ces incisions sont suffisantes pour permettre le passage d'instruments chirurgicaux et des fibres optiques qui guident le geste dans la cavité abdominale. A 10 h 30, le patient est entré en salle de réveil et en est ressorti pour rejoindre sa chambre à 12 h 30. Vers 14 h, celui-ci a repris une alimentation liquide et il a pu se lever et marcher. A 18 h, le chirurgien et l'anesthésiste, avec le consentement du patient, ont donné leur accord pour la sortie.

A domicile, le patient a continué un régime alimentaire bien établi avant l'intervention avec la diététicienne du service, avec un traitement pour la douleur adapté. Un appel téléphonique du chirurgien le lendemain de l'intervention et une consultation le surlendemain avec contrôle radiologique et bilan sanguin s'assurent d'une bonne évolution postopératoire.

Ce type d'interventions chirurgicales complexes et innovantes est rendu possible par l'évolution des prises en charge du patient. Depuis 3 ans, le Dr Barabino et

l'équipe du service de Chirurgie digestive développent ce sujet en collaboration avec la cadre de santé Natalie Sorlin et le Service d'anesthésie (Pr Molliex, Dr Beauchesne), avec des résultats très encourageants et en cohérence avec les autres services de chirurgie de la région Rhône-Alpes.

En 2014, une colectomie totale a été réalisé en ambulatoire, une première européenne. Depuis octobre 2015, le service de chirurgie digestive est responsable pour la chirurgie colorectale du projet RAC (Réhabilitation Améliorée en Chirurgie) de l'ARS Rhône-Alpes-Auvergne. L'objectif de ce projet institutionnel est de diminuer la durée d'hospitalisation ainsi que la morbidité et mortalité postopératoire.

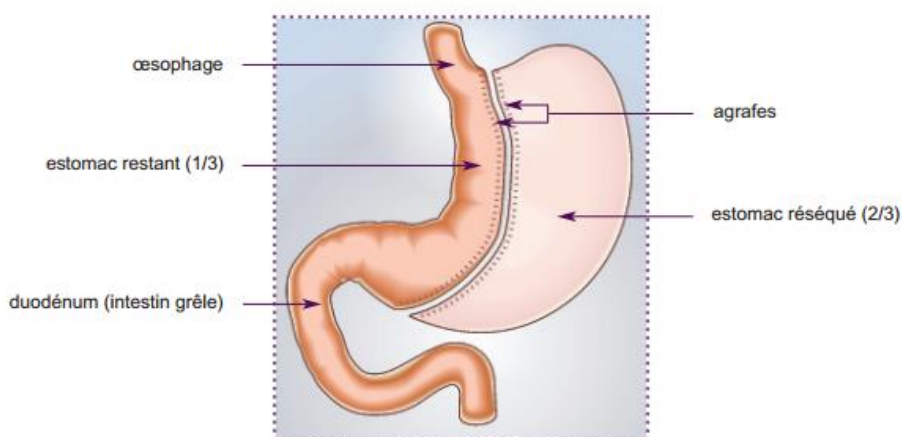
Le résultat est une amélioration du parcours patient de la consultation jusqu'à la sortie en intégrant le suivi des premiers jours à domicile.

Le patient devient l'acteur principal d'une organisation complète de la prise en charge médicale et chirurgicale ; tous les intervenants (chirurgien, anesthésiste, médecin traitant, cadre de santé, infirmières, secrétaires, kinésithérapeutes, assistante sociale,...) « tournent » autour du patient avec une information transversale.



De cette façon, depuis la première consultation, le patient entre dans des « protocoles RAC » qui vont évoluer au cours de la prise en charge. Le résultat en est une diminution des complications post-opératoires et des risques de rechute mais également une amélioration de la qualité de la prise en charge. Les premiers résultats sont très prometteurs, avec une satisfaction très importante des patients et des équipes médicales et soignantes.

Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



Source : Haute Autorité de Santé

L'équipe de chirurgie digestive et le CHU organiseront une soirée thématique au CHU de Saint-Etienne en octobre 2016 afin de promouvoir la réhabilitation améliorée en chirurgie qui peut être appliquée à tous les services chirurgicaux.

