

**G**astroplastie  
par anneau avec  
**P**licature  
**P**artielle de  
l'**E**stomac





1

Un NOUVEL AVENIR  
pour la CHIRURGIE BARIATRIQUE

2

Dr Jean-Yves LE GOFF,  
PIONNIER de la CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE  
DIGESTIVE et SPÉCIALISTE de la CHIRURGIE  
de L'OBÉSITÉ

3

La TECHNIQUE GPPE mise au point  
par le Dr Jean-Yves LE GOFF DEPUIS 22 ANS

4

PUBLICATIONS &  
COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

5

Les AUTRES TECHNIQUES  
de CHIRURGIE de L'OBÉSITÉ

6

TECHNIQUE GPPE,  
des PATIENTS TÉMOIGNENT...

7

L'OBÉSITÉ en FRANCE

8

GASTROPLASTIE GPPE :  
Le POINT de VUE  
du PSYCHIATRE-PSYCHANALYSTE

9

FAQ  
QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES



# UN NOUVEL AVENIR POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

---

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ : LA TECHNIQUE GPPE, MÉTHODE RÉVERSIBLE DE GASTROPLASTIE À MORTALITÉ NULLE S'IMPOSE COMME ALTERNATIVE SOLIDE AUX TECHNIQUES SLEEVE, BY-PASS.

DÉVELOPPÉE PAR LE DOCTEUR JEAN-YVES LE GOFF, LA TECHNIQUE GPPE RÉVOLUTIONNE LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ PAR SON EFFICACITÉ ET UNE MORTALITÉ OPÉRATOIRE NULLE.

Une nouvelle méthode réversible, modulable et non invasive de traitement chirurgical de l'obésité morbide, la « Technique GPPE », correspondant à « Gastroplastie par anneau avec Plicature Partielle de l'Estomac » mise au point par le chirurgien Jean-Yves Le Goff, a démontré une remarquable efficacité sur une période de 22 ans, avec d'importantes pertes de poids et surtout une mortalité opératoire et post opératoire nulle, contrairement aux autres méthodes actuellement les plus couramment pratiquées (Sleeve, By-pass). Elle continue de produire des résultats durables dans le temps sur une importante série de patients\*, quant à l'amaigrissement à court, moyen et long terme, à la qualité de vie, au faible taux de complications et à l'absence de carences.

\*plus de 1102 patients en obésité sévère ou morbide âgés de 17 à 68 ans, avec un indice de masse corporelle (IMC) de 35 à 59, évalués depuis mars 1996 jusqu'en février 2018. 9,7% hommes pour 100 malades.

La Technique GPPE consiste en une **gastroplastie avec fixation de l'anneau et plicature gastrique partielle**, associée à une prise en charge psychologique importante ante et post intervention. Elle a permis à des obèses morbides une perte d'excès de poids moyen de 66,8% à 18 mois, de 65,1 % à cinq ans, de 60,3% à 10 ans, cette perte de poids pouvant aller de 70 à 100% sur cette période de 1 à 22 ans.

« Cette méthode donne des résultats plus durables que la simple pose de l'anneau sans fixation, et avec une mortalité nulle et une morbidité très inférieure à la sleeve et au by-pass », affirme le Dr Jean-Yves Le Goff, de la Clinique du Trocadéro (Paris) et de l'Hôpital privé de Seine-Saint-Denis (Le Blanc Mesnil).

Les résultats de cette étude menée par le Dr Jean-Yves Le Goff sur 1102 patients évalués de mars 1996 à février 2018 ont été communiqués lors du Congrès annuel de la société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO.MM) en mai 2018. Ils ont précédemment été publiés à la SOFFCO.MM à Angers en 2013, Versailles en 2014, Lyon en 2015, Nice en 2016, et enfin Marseille en 2017 et dans la revue Obésité. Ils avaient initialement été publiés lors du Congrès mondial annuel de la chirurgie de l'obésité (IFSO) à Montréal en août 2014 et dans la revue Obesity.

L'étude visait à comparer les résultats de la gastroplastie avec plicature à ceux de la sleeve et du by-pass en termes d'amaigrissement, de morbidité, de mortalité et de qualité de vie.

## MORTALITÉ, COMPLICATIONS ET REPRISE DE POIDS

Le nombre d'opérations de l'obésité en France a été multiplié par plus de trois entre 2006 et 2017, avec près de 450 000 personnes opérées, un chiffre en constante augmentation, la chirurgie restant dans le cas de l'obésité sévère, comme les études l'attestent, la méthode qui donne les résultats les plus probants, sous certaine conditions, à savoir une prise en charge en amont par une équipe pluridisciplinaire intégrant psychiatre et nutritionniste aux côtés du chirurgien et en aval un suivi post-opératoire continu.



Dr Jean-Yves Le Goff  
Chirurgien



Dr Vasseur  
Nutritionniste



Dr Pons  
Psychiatre-Psychanalyste



Le médecin  
traitant

Force est de constater que les opérations se révèlent soit inefficaces sur le moyen et long terme (30% à 50% des patients regrossissent), soit entraînent un nombre de décès post-opératoires dans les 30 premiers jours et après dans l'année (113 morts en France en 2011) mais aussi des taux de complications et de ré-interventions très élevés.

Trois techniques sont principalement utilisées en chirurgie bariatrique pour le traitement de l'obésité morbide : la gastroplastie avec pose d'un anneau, la sleeve et le by-pass gastrique (en Y et le by-pass en oméga plus communément appelé mini by-pass).



Alors que la première méthode a une faible mortalité post-opératoire (4 morts dans les 30 premiers jours suivant l'opération et dans l'année, données PMSI, 2011), elle échoue le plus souvent en raison d'une fixation défectueuse ou peu stable de l'anneau. Très utilisée il y a 10 ans, elle est marginale aujourd'hui.

Quant aux deux autres méthodes, elles engendrent une mortalité importante : 55 décès post-opératoires et dans l'année constatés pour la sleeve et 54 morts pour le by-pass (données PMSI, 2011) et une morbidité (complications) importante et un nombre de ré-interventions successives très élevé (jusqu'à 8 à 9 fois), soit pour des complications, soit pour une reprise importante de poids. Ces méthodes génèrent également un nombre très important de « perdus de vue ».

## LA TECHNIQUE GPPE : DES AVANTAGES CERTAINS, UNE MORTALITÉ NULLE

La « **Technique GPPE** » mise au point par le Docteur Le Goff il y a 22 ans consiste en une Gastroplastie par anneau avec Plicature Partielle de l'Estomac. Autrement dit, la pose d'un anneau se double du repli de la partie haute de l'estomac (grosse tubérosité), qui est effacée, inefficace, virtuellement enlevée (comme dans la sleeve) afin de venir couvrir l'anneau lui-même. L'anneau est fixé par 6 à 7 points séro-gastriques musculo-œsophagiens, ce qui réduit la cavité de l'estomac sous-jacente. L'évacuation gastrique est ralentie, par section de branches nerveuses du nerf vague gauche. Cette valve antérieure stimule les centres de la satiété IGLE de la paroi de l'œsophage abdominal, ce qui réduit considérablement l'appétit et cette diminution (très importante) d'appétit est potentialisée, majorée par les autres aspects techniques. En effet le dénominateur commun pour les patients opérés de GPPE est qu'ils ont très peu faim, voire plus faim du tout ce qui les aide considérablement à gérer leurs pulsions d'addiction à la nourriture et donc à maigrir régulièrement et physiologiquement.



Ce montage est associé à une prise en charge pluridisciplinaire médico-chirurgicale nutritionniste, psychiatre-psychanalyste, deux à quatre visites dans l'année préparant l'intervention, en mettant l'accent fortement sur les facteurs psychologiques à l'origine de 80 % - 90% des cas d'obésité sévère (soutien psychothérapeutique indiqué souvent) et sur la reprise de sport. Une fois que les facteurs de l'histoire personnelle ayant engendré l'obésité du patient sont diagnostiqués et commencent à être traités (plusieurs mois) il est alors possible d'envisager l'acte opératoire dans de bonnes conditions. L'aspect psychologique étant un aspect primordial dans la chirurgie métabolique souligne le Dr Jean-Yves Le Goff, en insistant sur le caractère primordial d'une approche holistique du patient dans cette phase de diagnostic approfondi ante opération.



« En 1994-1995, mon ami belge Guy-Bernard Cadière (pionnier mondial comme moi de la chirurgie laparoscopique et de la chirurgie bariatrique), inventeur de l'anneau coelioscopique, qu'il a miniaturisé, m'a rapporté que le principal problème était que l'anneau le plus souvent glissait (vers le bas) lors de nos collaborations au bloc opératoire à Bruxelles à l'époque. Il fallait donc trouver une solution pour le fixer solidement. La digestion étant un processus dynamique et mobile, j'ai donc eu l'idée de replier la partie supérieure de l'estomac (grosse tubérosité très dilatée chez l'obèse) sur l'anneau de façon à pouvoir disposer de 6 à 7 points de fixation stables (et non 2 points non solides dans la graisse comme pour les anneaux classiques) et ainsi réduire la cavité de l'estomac. Les problèmes de dilatation par glissement sont considérablement diminués. Les patients ont un sentiment de satiété généralement très important, avec de faibles quantités de prise de nourriture», explique le Dr Jean-Yves Le Goff.

« La technique GPPE est une méthode réversible, modulable et non invasive, conservatrice, sans mutilation aucune. Depuis 22 ans, elle a largement fait ses preuves. Ce qui m'incite aujourd'hui à la faire connaître. C'est une alternative à proposer sans la morbidité et la mortalité des autres types d'intervention», ajoute-t-il, en soulignant également qu'une des clés de succès de sa méthode réside également sur le fait qu'elle génère beaucoup moins de perdus de vue que les autres méthodes, une immense majorité des patients qu'il a opérés faisant l'objet d'un suivi régulier, au-delà de la période d'accompagnement post-opératoire jusqu'à 22 ans pour certains. Une des raisons de l'échec des autres techniques de chirurgie bariatrique étant l'absence de suivi dans la durée des patients, avec un nombre de perdus de vue très important au-delà de deux ans (50% non revus à 2 ans). Les patients ne comptant que sur la chirurgie (Sleeve, Bypass) pour maigrir.

## CETTE MÉTHODE PRÉSENTE UN CERTAIN NOMBRE D'AVANTAGES PAR RAPPORT AUX MÉTHODES ACTUELLES :

- Mortalité nulle et morbidité post-opératoire extrêmement faible
- Méthode réversible, modulable, mini-invasive, sans mutilations
- Diminution très nette des problèmes de dilatation par glissement de l'anneau et des complications
- Amaigrissement important à court moyen et long terme avec une satiété très importante
- Pas de carences nutritionnelles et qualité de vie très supérieure
- Suivi régulier renforcé, potentialisé par la méthode (gonflage envisagé pour 85% des GPPE opérées, 15% des GPPE maigrissent totalement sans aucun gonflage, soulignant ainsi les effets fondamentaux sur la faim du montage de la GPPE) et encadrement important des patients dans la durée.
- S'il existe un reflux gastro œsophagien associé, relativement fréquent (sleeve contre-indiquée d'ailleurs et aussi by-pass en Oméga pour beaucoup) : possibilité de cure de reflux gastro œsophagien dans le même temps, avec serrage des piliers du diaphragme, allongement de l'œsophage abdominal, et GPPE. L'ensemble permettant la disparition et la guérison totale du reflux gastro œsophagien.
- Taux de réintervention très faible

## L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Cette méthode chirurgicale s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, avec notamment des consultations chez le psychiatre-psychanalyste et le médecin nutritionniste, mais aussi des examens exploratoires en cardiologie, pneumologie, endocrinologie, radiologie pour un diagnostic complet de l'état de santé du patient et des causes de son obésité.

« Ces consultations pré-chirurgicales favorisent l'engagement du patient au projet de gastroplastie. Elles permettent de clarifier les causes psychologiques à l'origine de l'obésité morbide, présentes dans 80 à 90% des cas, et aident les patients à comprendre que cet accompagnement est incontournable pour préparer l'intervention, réussir la perte de poids, et accepter la modification de leur image corporelle afin de retrouver une santé physique et psychique dans la durée », explique le psychiatre Didier Pons.



# LE DR JEAN-YVES LE GOFF

## CHIRUGIEN LAPAROSCOPIQUE DIGESTIF ET SPÉCIALISTE DE LA CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

**Le** Dr Jean-Yves Le Goff est chirurgien digestif laparoscopique, pionnier mondial de la chirurgie laparoscopique et bariatrique. Spécialiste de la chirurgie de l'obésité, il exerce depuis 1997 à la Clinique du Trocadéro (Paris 16ème) et à l'Hôpital privé de Le Blanc-Mesnil, ville de Seine Saint-Denis depuis 2009.



Ancien chef de clinique assistant et ancien interne des hôpitaux de Paris, il est le fondateur et l'ancien responsable de l'unité de chirurgie cœlioscopique à l'hôpital Bichat (1988-97). Il est aussi membre fondateur de la Société Française de la Chirurgie Endoscopique (SFCE), de l'European Association for Endoscopic Surgery (EAES) et de la Fondation pour le développement de la chirurgie laparoscopique (FDCL) née de l'association de 40 pionniers mondiaux Français et Belges (dont Guy Bernard Cadere) de la laparoscopie digestive avec Philippe Mouret, auteur de la première ablation laparoscopique de la vésicule au monde en 1987.

Il est également membre de la Société Française de la Chirurgie de l'Obésité.

### LIEUX D'EXERCICE

**Actuellement et depuis 1997**, Clinique du Trocadéro (Paris 16ème) ; Hôpital privé de Seine Saint-Denis (Le Blanc-Mesnil, depuis 2009).

1997  
1991

Clinique Turin (Paris 8ème)

1997  
1987

Ancien chef de clinique - assistant des hôpitaux : Hôpital Bichat (Paris 18ème)

1992  
1988

Initiateur de la transplantation hépatique et pancréatique, Hôpital Bichat

1988

Ancien responsable et fondateur de l'unité de chirurgie coelioscopique à l'hôpital Bichat. Suit cette même année un stage de transplantation hépatique auprès du Professeur Starzl, pionnier mondial de la transplantation du foie, Presbyterian Hospital, Pittsburgh (USA, Pennsylvanie)

1987  
1986

Hôpital Broussais, chef de clinique - assistant des hôpitaux

1986  
1985

Assistant à la Clinique mutualiste de la Porte de Choisy (13<sup>ème</sup>)

1985  
1978

Ancien interne des hôpitaux de Paris

1980

Chef de service, chirurgien de l'île de Flores (Portugal) (service militaire)

## SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société française de la Chirurgie de l'Obésité

1994

Membre fondateur de la Société française de Chirurgie Endoscopique (SFCE)

1990

Membre fondateur de l'European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES)

1992

Membre fondateur de la Fondation pour le développement de la chirurgie laparoscopique (FDCL) : 40 pionniers français et belges à l'origine de la chirurgie digestive laparoscopique

## MANDATS / AUTRES ACTIVITÉS DE REPRÉSENTATION ET D'ORGANISATION

1995  
1990

Secrétaire Général Adjoint du Collège des Chirurgiens Français, Syndicat des chirurgiens Français

1990  
1988

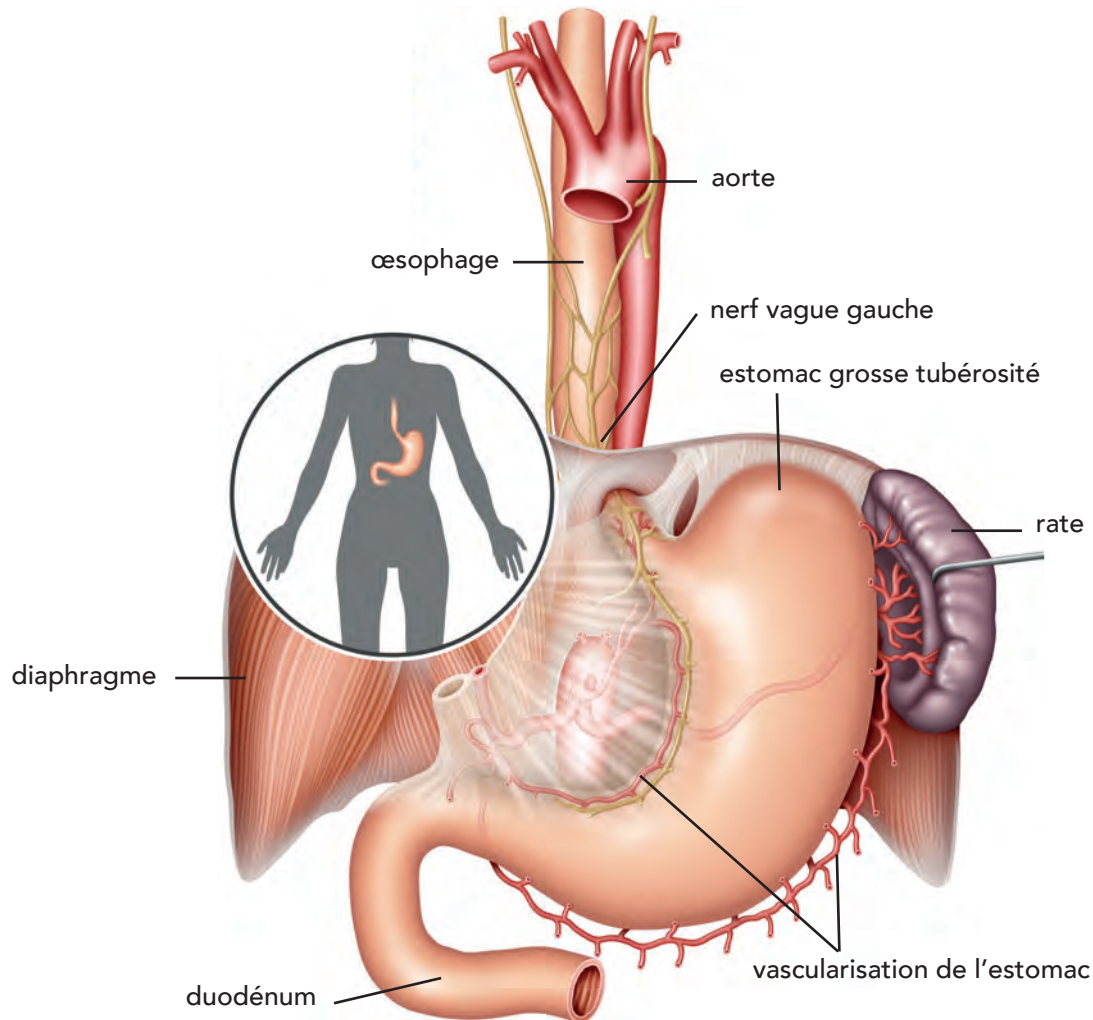
Président du Syndicat des Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux de Paris, Secrétaire Général National des Chefs de Clinique des Villes de Faculté Assistants des Hôpitaux

1988

Organisateur du Congrès des Internes et Chefs de Clinique à Strasbourg (67) : « L'Europe de la santé à l'horizon du grand marché européen de 1992 »

# LA TECHNIQUE GPPE MISE AU POINT PAR LE DOCTEUR JEAN-YVES LE GOFF

## RAPPEL ANATOMIQUE



Cette méthode est réversible, non invasive, modulable : elle consiste en une Gastroplastie par anneau avec Plicature Partielle de l'Estomac.

Un anneau est placé par voie rétro-gastrique dans tous les cas (seule 1 voie pars flaccida), associé à une libération de la grosse tubérosité dilatée gastrique jusqu'au premier vaisseau gastro-splénique : les adhérences à la rate sont sectionnées mais le premier vaisseau gastro-splénique est rarement sectionné.

On pratique une fixation de l'anneau par voie antérieure par points 6 à 7 points séro-gastriques musculo-œsophagiens, réduisant de ce fait la cavité gastrique sous-jacente à l'anneau.

La partie basse de l'œsophage antérieur est totalement dépouillée de la graisse, des branches vasculaires et nerveuses du pneumogastrique gauche.

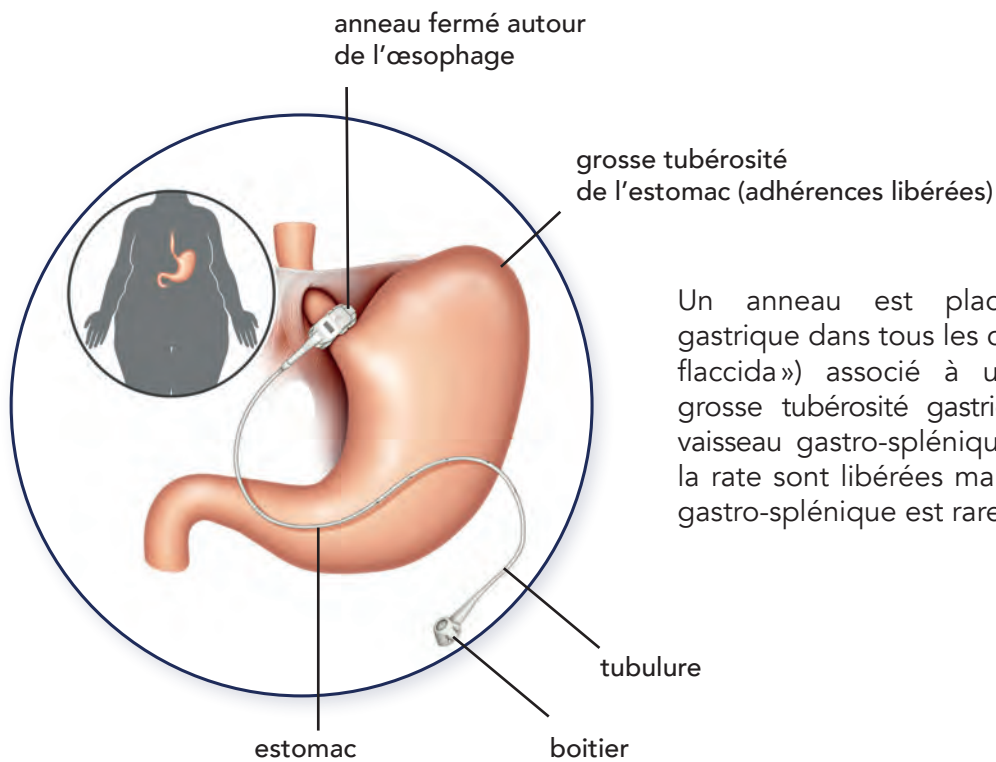
Toutes les branches du nerf vague gauche à destinée œsophagienne basse et gastrique sont sectionnées de fait, l'évacuation gastrique est ralentie.

De plus, cette valve antérieure stimule à l'état basal les centres de la satiété (IGLE) de la paroi de l'œsophage abdominal, ce qui diminue considérablement l'appétit.

Ce montage est associé à une prise en charge pluridisciplinaire médico-chirurgicale nutritionniste, psychiatre-psychanalyste, ante et post intervention avec un suivi dans la durée, en mettant l'accent fortement sur les facteurs psychologiques (soutien psychothérapeutique indiqué souvent) et sur la reprise de sport.

Par ailleurs, les gonflages ou dégonflages sont pratiqués par le chirurgien lui-même en radiologie, qui peut juger ainsi par lui-même du fonctionnement de l'anneau, de la décroissance du poids en fonction du serrage, de l'adaptation et de l'acceptation de l'anneau par le malade et ainsi du fonctionnement de l'anneau, qui est un miroir du fonctionnement du psychisme.

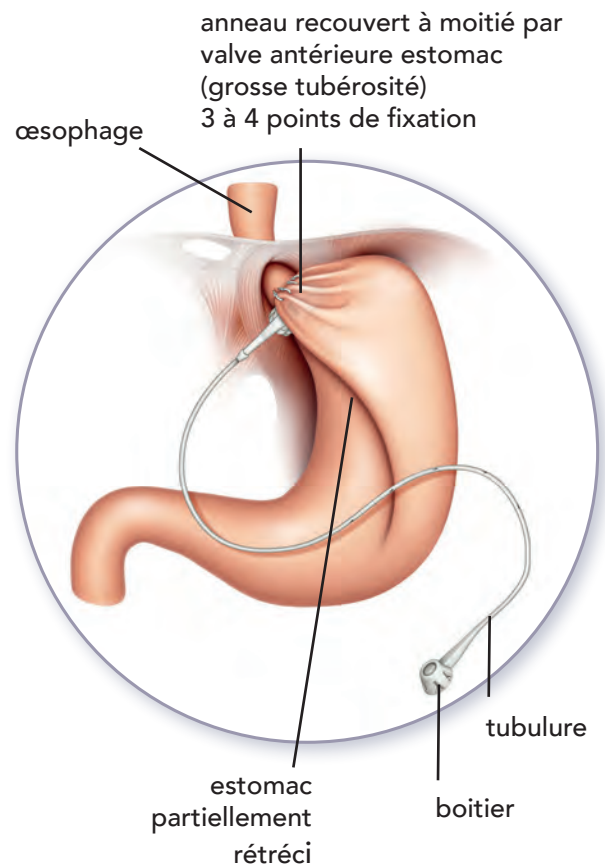
## PHASE 1



Un anneau est placé par voie rétro-gastrique dans tous les cas (1 seule voie «pars flaccida») associé à une libération de la grosse tubérosité gastrique jusqu'au premier vaisseau gastro-splénique : les adhérences à la rate sont libérées mais le premier vaisseau gastro-splénique est rarement sectionné.

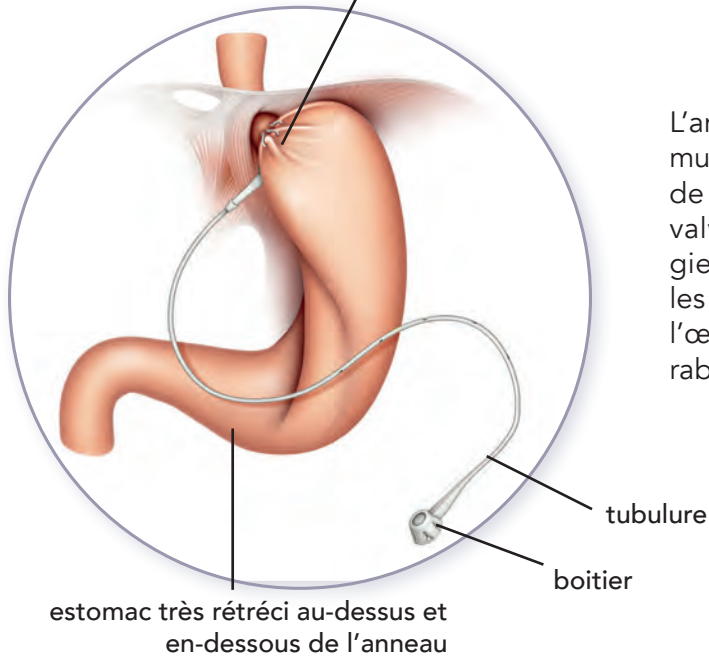
## PHASE 2

Toutes les branches du nerf vague gauche à destinée œsophagienne basse et gastrique sont sectionnées de fait, l'évacuation gastrique est ralentie.



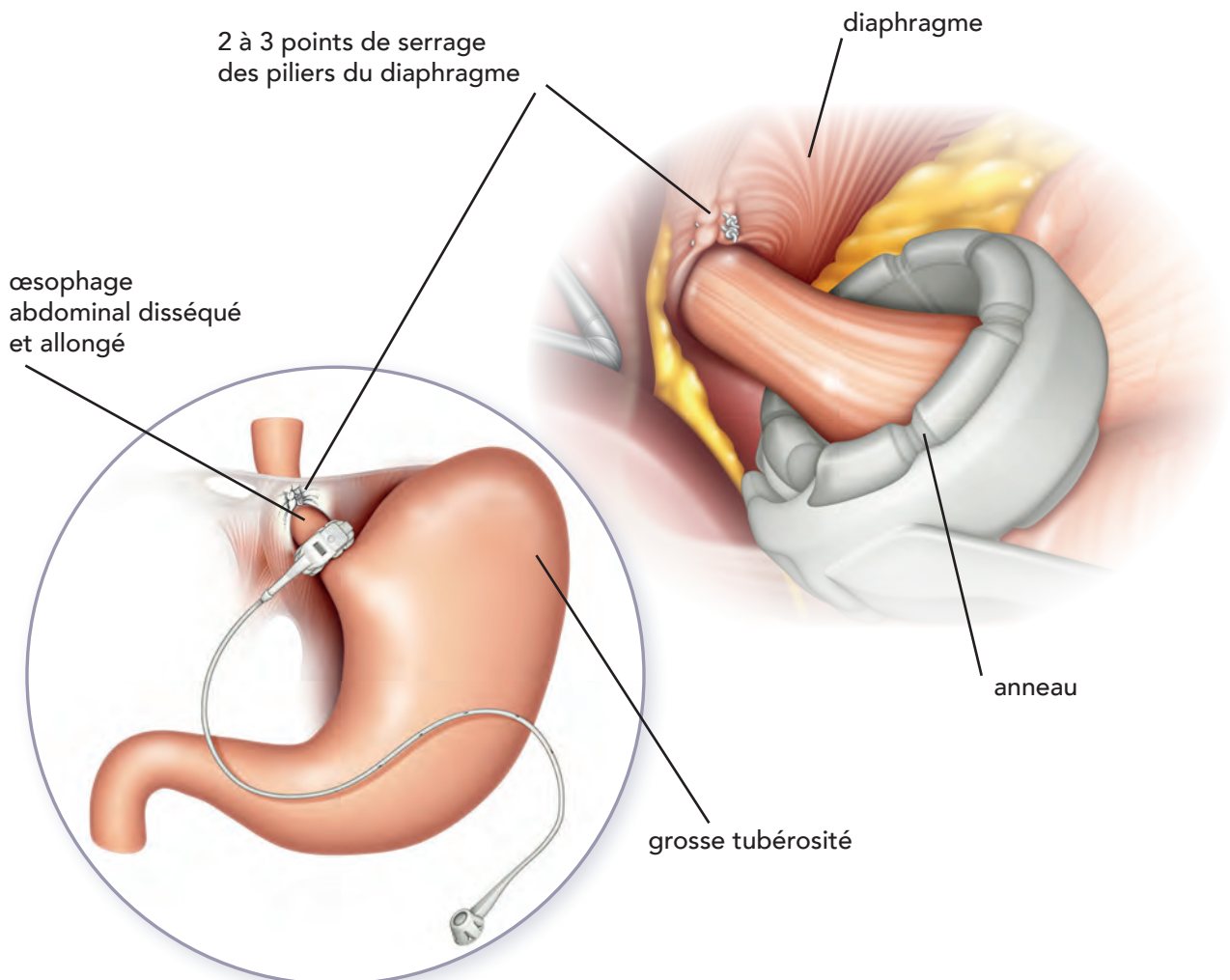
### PHASE 3

anneau totalement recouvert  
par grosse tubérosité estomac 6 à  
7 points de fixation



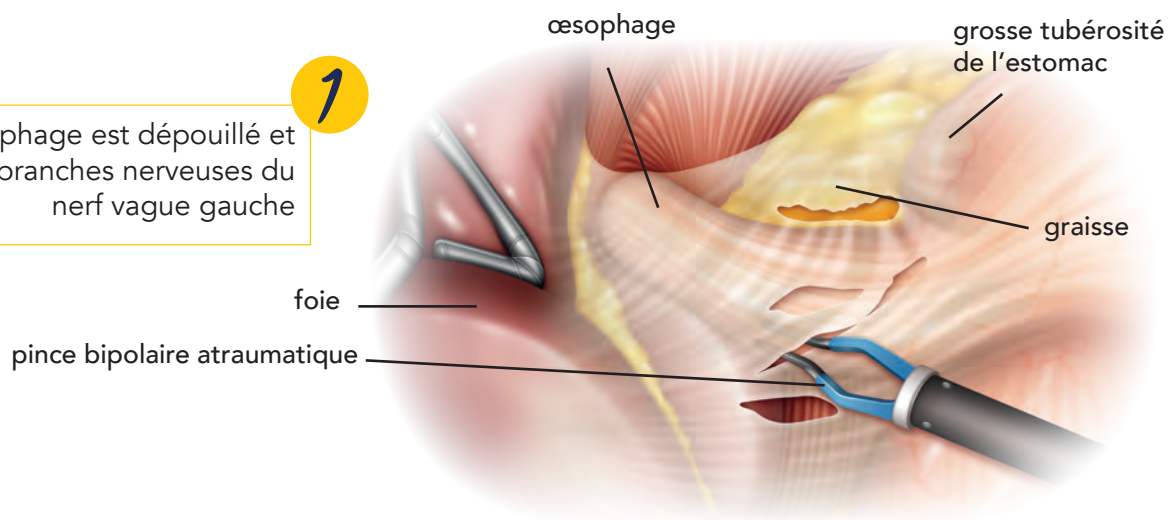
L'anneau est fixé par points séro-gastriques musculo-œsophagiens, ce qui réduit la cavité de l'estomac sous-jacente, créant ainsi une valve antérieure anti reflux gastro-œsophagien. De plus, cette valve antérieure stimule les centres de la satiété (IGLE) de la paroi de l'œsophage abdominal, ce qui réduit considérablement l'appétit.

### SI REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN ASSOCIÉ (fréquent)

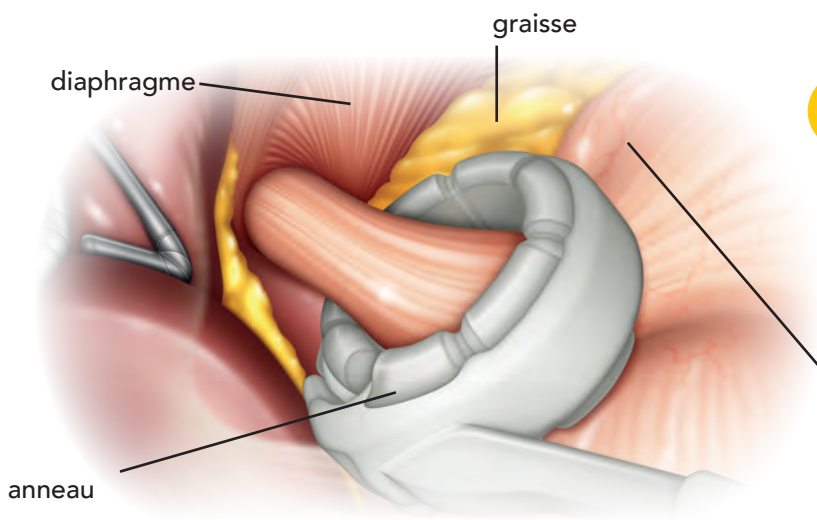




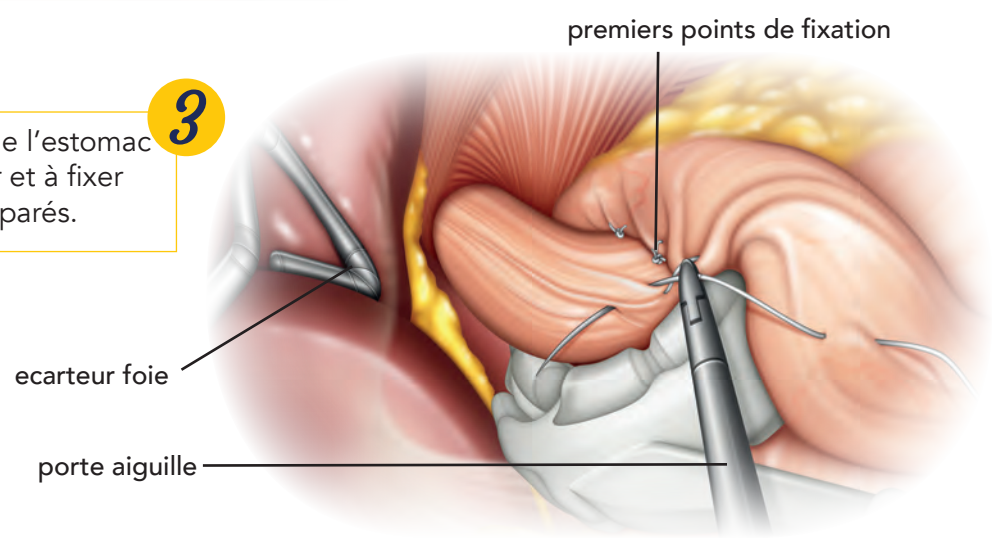
1  
Le bas œsophage est dépouillé et  
pélé des branches nerveuses du  
nerf vague gauche



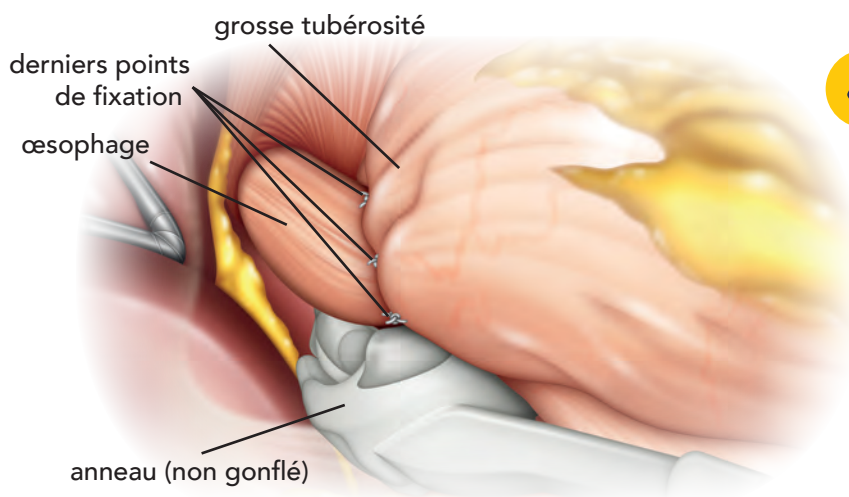
2  
L'anneau entourant le bas  
œsophage qui est dépouillé (pelé)  
des branches nerveuses du nerf  
vague gauche.



3  
La grosse tubérosité de l'estomac  
commence à recouvrir et à fixer  
l'anneau par points séparés.



4  
La grosse tubérosité de l'esto-  
mac (virtuellement enlevée, non  
fonctionnelle) recouvre l'anneau  
totalement, le fixant solidement et  
constitue une valve qui stimule les  
centres de la satiété. De ce fait,  
elle réduit considérablement la  
partie de l'estomac sous l'anneau.



# PUBLICATIONS & COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

---

## 2018

IFSO 2018 [26-29th September](#), Dubai (Congrès Mondial). Dr Le Goff Jean Yves (accepted)

Abstract: Gastroplasty with Partial Stomach Plication (GPSP) and psychological support  
22-Yearlong 1102 cases. Do we in 2018 keep on using Sleeve and By-pass?

---

EAES (European Association of Endoscopic Surgery) [30 May- 1 June 2018](#), London.

Dr Le Goff Jean-Yves (communication présentée)

Abstract: Gastroplasty with Partial Stomach Plication (GPSP) and psychological support  
22-Yearlong 1102 cases. Do we in 2018 keep on using Sleeve and By-pass

---

SOFFCO.MM [24-26 Mai 2018](#), Nancy.

Dr Le Goff Jean-Yves (communication présentée)

Gastroplastie avec Plicature Partielle de l'Estomac et suivi important psychologique : Expérience de 1102 cas sur 22 ans. Faut-il en 2018 persister à pratiquer malgré tout encore des Sleeves et By-pass?

---

IMCAS 2018, [1-3 February](#), Paris. Dr Le Goff Jean-Yves

« Impact of reconstructive surgery after the 3 different techniques of bariatric surgery: sleeve gastrectomy, gastric by-pass and partial plication gastroplasty » has been included as a video paper on Thursday 1st Feb. « Gastroplasty with Partial Stomach Plication associated with significant psychological support » has been included as a poster.

---

## 2017

Gaps 2017 [June 24-25](#), Bordeaux.

Dr Le Goff Jean Yves. What have the repercussions and impact of the situation been for the reconstructive surgery after the 3 different techniques of bariatric surgery: sleeve gastrectomy, gastric By-pass and partial plication gastroplasty?

---

Congrès annuel de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO.MM), [25 au 27 mai 2017](#), Marseille, France.

Dr Le Goff Jean Yves (communication présentée)

Abstract référence 0-65 : « Gastroplastie avec Plicature Partielle de l'Estomac et suivi important psychologique : Expérience de 1000 cas sur 21 ans, faut-il en 2017 pratiquer, malgré tout, encore des Sleeves et By-pass? ».

---

## 2016

Congrès annuel de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des maladies métaboliques (SOFFCO.MM) (96830) Référence 102209 [23 -25 Juin 2016](#), Nice.

Thème : Techniques chirurgicales : indications et résultats / Techniques innovantes et mini-invasives/  
Dr Le Goff Jean-Yves (communication orale)

Titre du résumé : Gastroplastie avec Plicature Partielle de l'Estomac et suivi important psychologique :  
Expérience de 897 cas sur 20 ans, faut-il en 2016 pratiquer encore des Sleeves et By-pass?

---

## 2015

Congrès annuel de la société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladie Métaboliques (SOFFCO.MM), [28-30 mai 2015](#), Lyon.

Thème : Techniques chirurgicales : indications et résultats / Techniques innovantes et mini-invasives  
Dr Le Goff Jean Yves (communication orale)

Titre du résumé : Gastroplastie avec Plicature Partielle de l'Estomac associée à une prise en charge importante psychologique : une Expérience de 794 cas sur 19 ans, Méthodes et Résultats : faut-il en 2015 pratiquer encore des Sleeves et By-pass?

---

## 2014

Congrès mondial de Chirurgie de l'Obésité IFSO, [August 26th-30th 2014](#), Montréal.

Dr Le Goff Jean Yves - Trocadero Clinic, Paris and Seine Saint Denis Private Hospital.

Abstract: Gastroplasty with Stomach Plication of the Stomach associated with significant psychological support: a real alternative to the Sleeve and Gastric By-pass.

---

SOFFCO.MM 2014, [22 Mai-24 Mai 2014](#), Versailles.

Dr Le Goff Jean Yves - Clinique Trocadéro Paris et Hôpital Privé de Seine-Saint-Denis

Titre du résumé : Anneau Gastrique, une méthode pluridisciplinaire originale de traitement de l'obésité morbide : Gastroplastie avec Plicature de l'Estomac associée à une prise en charge importante psychologique. Une expérience de 684 cas sur 18 ans

---

## 2013

SOFFCO.MM 2013, [6 Juin – 8 JUIN 2013](#), Angers.

Dr Le Goff Jean Yves - Clinique Trocadéro Paris et Hôpital Privé de Seine-Saint-Denis

Titre du résumé : Anneau Gastrique, une méthode pluridisciplinaire originale de traitement de l'obésité morbide : Gastroplastie avec Plicature de l'Estomac associée à une prise en charge importante psychologique. Une expérience de 634 cas.

---

# LES AUTRES TECHNIQUES DE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

---

## 1 - L'ANNEAU GASTRIQUE AJUSTABLE

---

Technique faite pour la première fois sous laparoscopie dans le milieu des années 1990.

Aussi appelé anneau, c'est une technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments (n'agit uniquement que par fermeture et ouverture du gonflage de l'anneau). Cependant, elle ne perturbe pas la digestion des aliments.

Cet anneau est placé (fixé par 2 points dans la graisse, de solidité très faible) autour de la partie supérieure de l'estomac, permettant de délimiter la poche gastrique. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement (quand l'anneau est gonflé cependant). Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.

C'est la seule technique ajustable (en dehors de la GPPE). 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.

En cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient, l'anneau peut être retiré lors d'une nouvelle intervention chirurgicale.

En ce qui concerne la durée de l'intervention, elle est estimée à 1 heure et la durée d'hospitalisation de 1 à 2 jours, parfois en ambulatoire.

La perte de poids attendue est de l'ordre de 40 à 60% de l'excès de poids (beaucoup moins dans les faits et non durable), ce qui représente environ une perte de 20 à 30 kg (Chiffres HAS, pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>).

De nombreuses complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années. Nous constatons des problèmes liés au boîtier, tels que les infections, le déplacement du boîtier, des douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier ou encore la scission du tube en silicone lié au boîtier. Par ailleurs, des vomissements voire l'impossibilité de se nourrir peuvent survenir lors du glissement de l'anneau et de la dilatation de la poche (complications très fréquentes). Mais aussi, les troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...) et des lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau, en raison des vomissements très fréquents induits par la dilatation le plus souvent) ne sont pas à négliger.

Bien que cette méthode présente un faible taux de mortalité (0,1%), elle échoue le plus souvent en raison d'une fixation très peu stable de l'anneau (2 points de très mauvaise tenue dans la graisse), la digestion étant un processus dynamique et mobile ainsi que d'éventuels vomissements fréquents avec l'anneau simple en raison de la dilatation associée très souvent.

*Mortalité liée à l'intervention : 0,1%*  
*(Source : Haute autorité de santé, HAS.)*

## 2 - LA SLEEVE (chirurgie actuelle la plus fréquente)

Appelée aussi « Manchon », cette intervention est réalisée depuis une quinzaine d'années chez des patients présentant une obésité sévère avec un IMC supérieur à 35 avec un facteur de comorbidité au moins (hypertension artérielle, diabète, apnée du sommeil, arthrose importante, problèmes métaboliques...) ou IMC supérieur à 40.

C'est une technique restrictive, irréversible, qui consiste à retirer les 4/5 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. Cependant, la technique ne perturbe pas la digestion des aliments.

L'opération est irréversible et dure environ 1 à 2 heures et nécessite une hospitalisation de 2 à 4 jours

La perte de poids attendue est de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte d'environ 25 à 35 kg pour un IMC de 40 kg /m<sup>2</sup>.

Les principaux risques de complications sont les ulcères, les fistules (fuites), le rétrécissement de l'estomac mais aussi les hémorragies post-opératoires, les carences nutritionnelles (vitamines B1, B6, B12, etc...), un reflux œsophagien invalidant (70% de reflux à 5 ans), l'inflammation de l'œsophage (ulcère de Barret, 16% à 10 ans, dysplasie sévère dont des cas de cancers in situ, et un cancer invasif du bas œsophage publié déjà en 2018, SOFFCO.MM Nancy) ou la dilatation de l'estomac.

C'est pourquoi des pionniers de la sleeve dont le professeur David Nocca (Montpellier, 34) et des équipes belges ont commencé à modifier la sleeve en 2014 en faisant une grande valve anti-reflux postérieure, donc de fait une beaucoup moins grande exérèse gastrique (N-sleeve).

Si on rajoute un anneau (à cette N-sleeve), on est très proche de l'option que j'ai prise il y a 22 ans pour développer ma technique opératoire GPPE, à ceci près que l'on a très peu de recul et que ma technique est réversible et non mutilante sans exérèse et d'efficacité attestée par les 22 ans d'expérience.

Le taux de mortalité estimé est de 0,5%.

Cette technique engendre une mortalité importante : 55 décès postopératoires et dans l'année selon la CNAM (PMSI 2011) et la SOFFCO.MM (2012, Montpellier), de nombreuses complications et un taux de réinterventions important (jusqu'à 8 à 9 fois).

*(Source : Haute autorité de santé, HAS ; CNAM/PMSI ; SOFFCO.MM).*



### 3 - LE BY-PASS

Le by-pass est la chirurgie de l'obésité qui a jusqu'à récemment semblé donner les meilleurs résultats sur le long terme. Elle est pratiquée laparoscopiquement depuis plus de 16 ans sur les personnes ayant un IMC supérieur à 35 avec un facteur de comorbidité au moins (HTA, diabète, apnée du sommeil, arthrose importante, problèmes métaboliques... ) ou IMC supérieur à 40.

C'est une technique restrictive et mal absorptive 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).

En ce qui concerne la durée de l'intervention, elle est estimée de 1h30 à 3h et la durée d'hospitalisation de 4 à 8 jours.

La perte de poids attendue est de l'ordre de 70 à 75% de l'excès de poids, ce qui correspond environ à une perte de 35 à 40 kg pour un IMC de 40<sup>1</sup>.

Les principales complications rencontrées sont d'ordre chirurgical avec la formation d'ulcères l'apparition de fuites, fistules, des hémorragies ou le rétrécissement au niveau de la jonction de l'estomac et l'intestin. Mais aussi d'ordre fonctionnel avec des accès d'hypoglycémie, parfois très graves jusqu'au coma, après les repas, dumping syndrome, occlusion, constipation, diarrhée incoercible ou encore des carences nutritionnelles vitamines A, B1, B6, B12, C, D, fer, calcium, zinc, sélénium, acides aminés, protéines, différents ions primordiaux, ... Carences à vie très graves non compensables per os, mais aussi anémie invalidante, ostéoporose, stérilité primaire ou secondaire.

C'est pourquoi beaucoup de pionniers du by-pass, dont le Professeur Jean-Pierre Marmuse (Hôpital Bichat, Paris 18<sup>ème</sup>), abandonnent actuellement cette technique (SOFFCO.MM, Marseille 2017).

Le taux de mortalité est estimé à 0,5%.

54 décès post opératoires pour le by-pass en 2011 (données PMSI) et une morbidité (complications) importante et un nombre de ré-interventions successives très élevé (jusqu'à 8 à 9 fois), soit pour des complications, soit pour une reprise importante de poids.

Pour les tenants du by-pass en Y, les conséquences physiologiques du by-pass en Oméga (mini by-pass) font grandes controverses, en particulier liées au reflux biliaire dans le by-pass en Oméga, suspect d'être carcinogène au long cours.

Pour la mortalité liée à sleeve et by-pass en France : Le chiffre de 214 morts sur l'année 2014 est précisé et avancé par les experts des compagnies d'assurances (214 morts, donc chiffre en deçà de la réalité, toutes les familles ne portant pas le dossier devant les compagnies d'assurances). Par ailleurs, l'étude du Jama Surgery 2016 met en évidence l'augmentation des comportements autodestructeurs à la suite d'une chirurgie bariatrique (principalement sleeve et by-pass) : 50% de risques de suicides supplémentaires après intervention, consommation excessive d'alcool, de stupéfiants. 20% des patients opérés souffrent de troubles alcooliques sérieux (Soard 2017).

Tout ceci souligne encore plus l'absolue nécessité de la prise en compte des problèmes psychologiques (deuils, divorce, abandons divers, problèmes et abus sexuels, difficultés psychologiques... ) à l'origine de l'obésité sévère, de leur traitement pour la chirurgie bariatrique : **Primum, non nocere - en premier, ne pas nuire.**

<sup>1</sup> Pour une personne de taille moyenne (1m70) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>  
(Source : Haute autorité de santé, HAS).



# TECHNIQUE GPPE, DES PATIENTS TÉMOIGNENT...

« A présent tout est plus facile,  
je suis plus ouverte aux autres »

AMBRE, 43 ANS

-60 kg  
2007 ↓ 2018



« Après avoir passé les plus belles années de ma vie à faire des régimes en tout genre (traitements diurétiques, régimes de magazines féminins, pesées en réunion, technique avec le froid, technique par le chaud, etc.), je me suis beaucoup esquivé la santé. Malgré un résultat positif de perte de poids, je n'arrivais jamais à me stabiliser.

Jusqu'au jour où j'ai rencontré le Dr Le Goff. J'ai annulé ma première opération car j'étais paralysée à l'idée de me faire opérer, ce n'était plus un simple régime. Mais ses patients m'ont beaucoup rassurée et m'ont expliqué que ce n'est pas juste une simple pose d'anneau. J'ai donc reprogrammé une seconde opération et tout s'est bien déroulé.

Aujourd'hui, je suis passé d'un 58 à un 36 et ai gagné confiance en moi. J'ai réappris à manger en écoutant mon corps et mon anneau. Je me sens belle et suis fière de l'avoir fait pour ma fille et moi. Mon seul regret : ne pas avoir rencontré le Dr Le Goff plus tôt. »

« J'ai rajeuni de 20 ans, retrouvé une santé,  
je me sens vraiment en vie »

MICKAEL, 55 ANS

-50 kg  
2011 ↓ 2018



« J'ai connu la technique GPPE en accompagnant ma femme à un rendez-vous avec le Dr Le Goff. Elle aussi avait des problèmes de poids. Le docteur m'a alors alerté sur mon état et suggéré de me poser également un anneau. Six mois après, je me suis fait opéré, ce que je n'ai jamais regretté.

L'anneau m'a transformé physiquement et psychologiquement. J'ai rajeuni. Je n'ai plus d'hypertension, plus de problème de fatigue et de sommeil. Sur le plan familial, nos nouvelles habitudes alimentaires sont un exemple pour notre fils cadet qui est en pleine santé, alors que notre aîné est obèse et nous a toujours vu mangé très copieusement à la maison.

Cela a aussi eu des répercussions au niveau professionnel. Mon changement de comportement me fait aller travailler à vélo, ce qui ravit mes enfants et me donne une pêche d'enfer ! Reprendre le sport me rend très en vie ! »

« Je me sens beaucoup mieux  
dans ma tête et dans mon corps »

FATIMA, 34 ANS

-54 kg  
2011 ↓ 2018




« Je me suis fait opérer en octobre 2011 et j'ai perdu 54 kg. Suite à des conseils d'amis pris en charge par le Dr Le Goff, j'ai souhaité le rencontrer. Avant, j'avais essayé différents régimes. J'ai limité les sucreries, j'ai fait de l'acupuncture, du drainage lymphatique. Je perdais du poids mais j'en reprenais deux fois plus.

J'étais très impatiente de me faire opérer. L'opération s'est très bien passée. Je suis restée trois jours à l'hôpital. Je n'avais pas faim, pas soif. Je me suis dit mais comment vais-je devoir m'alimenter ?

Au début, c'était du liquide et du semi-liquide. Et puis, au fur et à mesure, j'ai commencé à introduire des aliments normaux. Je me sens beaucoup mieux dans ma tête et dans mon corps mais je ne me vois pas telle que je suis réellement. J'ai plus confiance en moi, plus d'assurance. C'est une nouvelle vie, une renaissance pour moi. »

“ Je suis une femme heureuse, cette technique a été pour moi vraiment salvatrice ”

-43 kg  
2007 ↓ 2018



CYNTHIA, 41 ANS



« Avant l'opération, j'ai eu un parcours alimentaire assez chaotique, j'ai commencé à prendre beaucoup de poids à l'âge de 14 ans, au moment où mes parents ont divorcé. Puis, après plusieurs régimes qui n'ont donné qu'un résultat d'effet yoyo, j'ai commencé à prendre des coupe-faim, tout en mettant en danger ma santé.

J'ai ensuite pris 30 kg lors de ma première grossesse. Mais c'est à ma seconde grossesse, avec une nouvelle prise de poids de 35 kg, que je me suis vraiment interrogée pour arriver à bout de ce combat.

Je travaillais à ce moment dans un magasin de robes de mariée et une cliente revenait régulièrement pour des retouches de sa robe car elle maigrissait de façon spectaculaire (sa robe de mariée initialement choisie n'a plus eu besoin de retouches au bout de quelques mois). Elle m'a alors transmis les coordonnées du Dr Le Goff qui l'avait opérée.

Depuis mon opération, je reste gourmande et continue de manger ce que j'aime. J'ai une vie sociale, je vais au restaurant, sauf que je mange en petite quantité mais sans aucune frustration. Pour moi, c'est une vraie délivrance, je me suis complètement transformée aussi bien dans mon corps que dans ma tête. »

# L'OBÉSITÉ EN FRANCE

---

Reconnue comme maladie chronique depuis 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est un enjeu de santé publique majeur en France. Maladie complexe, l'obésité n'est pas imputable uniquement au comportement nutritionnel individuel, plusieurs facteurs entrent en jeu : génétique, épigénétique, manque de sommeil, troubles métaboliques...

## DEFINITION DE L'OBÉSITÉ :

D'après l'OMS, l'obésité se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

Pour les adultes de 18 à 74 ans, l'obésité est mesurée selon l'indice de masse corporelle (IMC) que l'on obtient en divisant le poids par la taille au carré. Au-dessus de  $25\text{kg/m}^2$ , on est en surpoids. 1 adulte sur 8 est obèse en France.

On parle d'obésité lorsque l'IMC dépasse  $30\text{kg/m}^2$ . Entre 35 et 40 d'IMC, il s'agit d'une obésité sévère, d'obésité morbide pour un IMC à partir  $40\text{kg/m}^2$ , et au delà de 50 d'IMC, super obésité. Pour les enfants, on utilise la courbe de corpulence figurant sur le carnet de santé. 1 enfant sur 5 est obèse en France.

Les autorités sanitaires considèrent toutefois que cet indicateur n'est pas suffisant peut conduire à sous-estimer les risques d'affections cardiovasculaires ou métaboliques.

Un nouvel indicateur est pris en compte : l'obésité abdominale, caractérisée par un tour de taille d'au moins 94 cm chez un homme et 80 cm chez une femme. Le tour de hanches est également pris en compte.



## LES CHIFFRES CLÉS DE L'OBÉSITÉ (2015 ET 2016)

---

- **32,3 %** des Français adultes sont en surpoids ( $25 \leq \text{IMC} < 30\text{kg/m}^2$ ), soit près de 15 millions de personnes.
- **17,2 %** des Français adultes sans distinction entre hommes et femmes présentent une obésité ( $\text{IMC} \geq 30\text{kg/m}^2$ ). Ils n'étaient que 8% en 1997.
- **3,1 %** des Français ont un IMC compris entre 35 et 40, soit 1.390.000 individus
- **550.000** Français ont un IMC supérieur à  $40\text{kg/m}^2$ , et présentent une obésité morbide
- Les plus de 60 ans présentent les taux d'obésité les plus élevés (20,8 % pour les hommes et 18,8 % pour les femmes), alors que ces taux sont les plus bas pour les 30-39 ans (10,4 % pour les hommes et 11,4 % pour les femmes)
- L'obésité est plus marquée dans le Nord et l'Est de la France : le Nord-Pas-de-Calais compte 25,6 % d'adultes obèses, la Meurthe et Moselle 22,9% contre 10,7 % à Paris.

- Même si toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées, il existe une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenu et la fréquence de l'obésité : les catégories les plus modestes sont les plus touchées.
- Maladie des pauvres dans les pays riches et des riches dans les pays pauvres
- L'obésité abdominale touche **41,6 %** des hommes adultes et **48,5 %** des femmes adultes.

(Sources : IRDES, CNAM, SANTE PUBLIQUE France, COHORTES CONSTANCE ET ESTEBAN.)

## L'IMPACT DE L'OBÉSITÉ SUR LA SANTÉ

- L'espérance de vie est diminuée de **7,1 ans** chez les femmes et de **5,8 ans** chez les hommes de 40 ans
- Le risque de développer une hypertension artérielle est multiplié par 4
- Le risque de développer un diabète est multiplié par 8
- Les complications respiratoires sont importantes (insuffisance respiratoire dite restrictive) mais aussi majoration du risque de développer un syndrome d'apnée du sommeil (SAS).
- Ainsi, 70% des patients porteurs d'un SAS sont des obèses
- Le surpoids et l'obésité sont responsables de 3,6% de nouveaux cas de cancers des adultes
- Le risque de souffrir d'arthrose est multiplié par 5
- Le risque de développer une dépression est multiplié par 1,8

La chirurgie bariatrique en France : 60 000 interventions en 2016 (35 000 sleeves, 15 000 by-pass, 2 500 anneaux (y compris GPPE), 7 000 autres.

La chirurgie de l'obésité est de plus en plus pratiquée en France. Si la France se place en 25<sup>ème</sup> position des pays de l'OCDE au regard de son pourcentage d'obésité de population, c'est le 1<sup>er</sup> pays en nombre d'opérations réalisées. Les femmes bénéficient bien plus de la chirurgie que les hommes représentent 90% des patients opérés.

Ces traitements sont en moyenne initiés à l'âge de 39 ans et doivent répondre à des indications précises :

Lorsque tout a échoué pour combattre l'obésité sévère (les régimes échouant la plupart du temps), la chirurgie bariatrique (sleeve gastrectomie, by-pass, anneau gastrique, GPPE) intervient comme la seule solution de la dernière chance qui va permettre :

- Une perte de l'excès de poids pérenne
- Une diminution voire disparition des comorbidités, **véritable chirurgie métabolique**
- Un allongement de l'espérance de vie
- IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou > IMC entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> associé à une comorbidité

## UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE PHYSIQUE ET SOCIALE

A ces titres, la chirurgie bariatrique est une chirurgie vitale, pronostique et non esthétique. Véritable chirurgie métabolique par son efficacité sur HTA, diabète, apnée du sommeil, lipides, cholestérol, acides gras libres, œstrogènes, progestérone, régulation du cycle (cycles ovulatoires), par son action sur la leptine et la ghréline et leurs récepteurs. D'ailleurs en 2007, la première grande étude de référence (SOS Study) a démontré que 7 ans après une chirurgie gastrique, on constatait :

### UNE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE PHYSIQUE ET SOCIALE :

- Une réduction de **40%** de la mortalité globale
- Une réduction de survenue du diabète de **92%**
- Une réduction du risque cardio-vasculaire de **56%**
- Une réduction de développement du SAS de **95%**



# GASTROPLASTIE LE GOFF :

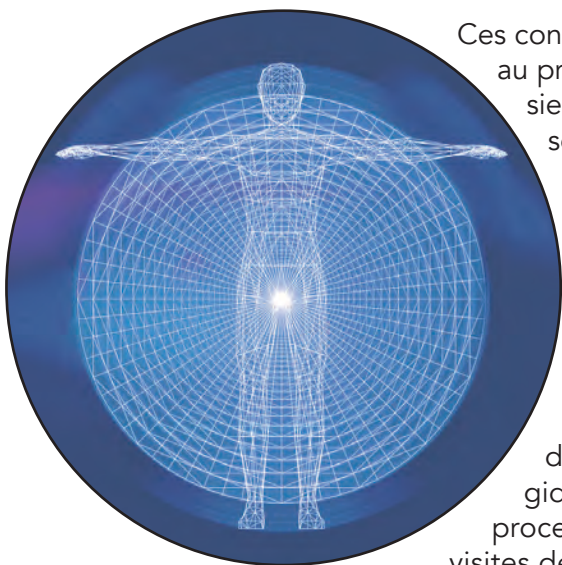
## LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE - PSYCHANALYSTE

---

Par le Dr Didier Pons, psychiatre, psychanalyste, pédopsychiatre, ancien interne des Hôpitaux psychiatriques de Paris-Ile-de-France.

L'approche médico-psychologique du patient pour l'intervention chirurgicale de gastroplastie GPPE consiste en une approche pluridisciplinaire impliquant plusieurs spécialistes : tant sur le plan somatique que psychique (chirurgien, cardiologue, pneumologue, nutritionniste, endocrinologue, radiologue, anesthésiste, psychiatre, etc.).

La visite chez le psychiatre est obligatoire sur le plan médico-légal, d'une durée d'une heure à une heure et demie, éventuellement renouvelable, si besoin, en fonction de l'adhésion ou non du patient au projet thérapeutique. Cet entretien permet à ce dernier d'évoquer les événements marquants de sa vie personnelle et surtout de mettre en lien la survenue de l'obésité en fonction de son vécu de son parcours et d'en percevoir l'évolution.



Ces consultations pré-chirurgicales favorisent l'engagement du patient au projet de gastroplastie, projet peut-être déjà mûri en silence plusieurs mois ou plusieurs années auparavant. Elles soulignent, très souvent, l'importance des facteurs psychologiques à l'origine de l'obésité morbide, présents dans 80 à 90% des cas, et aident les patients à comprendre que ce suivi est indispensable et capital pour la réussite de la perte de poids, afin de retrouver une santé physique et psychique.

L'entretien chez le psychiatre, avant l'intervention, sera suivi en post-chirurgical de deux à quatre visites dans la phase préopératoire pour apprécier l'adhésion du patient au projet de gastroplastie, évaluer une éventuelle difficulté psychologique à soutenir ce traitement et juger de la bonne évolution du processus thérapeutique. De même il est proposé a minima deux visites de contrôle durant la deuxième année après le geste chirurgical pour les mêmes raisons.

Ainsi formulé, le patient passe donc un contrat avec lui-même qui valorise l'acte chirurgical de gastroplastie comme le point de départ d'une nouvelle approche de sa personne. Il devient alors l'acteur principal du projet, au centre de sa demande d'amaigrissement et non pas un simple spectateur qui « passerait de main en main ».

Il est donc important de voir tous les consultants de l'équipe pluridisciplinaire, au même titre que le chirurgien, dépositaire du contrat de son patient.

En effet, une conduite d'évitement, vis-à-vis d'un de ces spécialistes, en particulier du psychiatre, serait hautement significative de la résistance (peur, appréhension, angoisse, etc.) du patient lui-même à son propre changement. Ce qui peut paraître normal et nécessiter un travail d'accompagnement psychologique.

Un bon amaigrissement va donc de pair avec le fait de retrouver une bonne santé psychique, de maintenir son élan vital et sa participation au projet.



L'information est capitale, en proposant des adresses de collègues psychologues, psychothérapeutes, psychiatres à proximité des lieux d'habitation et/ou du travail pour encourager le patient dans sa démarche et lui faire savoir qu'il peut avoir recours à tout moment à un soutien psychologique.

Par ailleurs, les séances de gonflage (ou dégonflage) pratiqué par le chirurgien deviennent un temps d'appréciation physique et psychique de l'état du patient et l'opportunité de vérifier le bon fonctionnement de l'anneau gastrique. Cette présence thérapeutique permet d'estimer la nécessité de renouveler ou pas les visites chez le psychiatre référent de l'équipe pluridisciplinaire.

La surcharge pondérale peut être le lieu d'expression d'un refuge psychoaffectif sur le mode alimentaire, voire une conduite addictive, où la nourriture (devenue expression du symptôme à part entière) traduit un attachement excessif, une aliénation du patient envers lui-même, entravant toute autre possibilité d'expression de son désir.

Il est donc fondamental d'évaluer le profil psychologique de la personne, ses fragilités, ses événements de vie et les liens inconscients qu'elle a créés avec ce corps pour arriver à cette situation de surcharge et de dépendance morbide. Il est à noter que l'on retrouve dans la chirurgie de l'obésité morbide, un ratio plus important de femmes que d'hommes (dans neuf cas sur dix).

Ainsi il sera proposé différentes formes de psychothérapie : individuelle, de groupe (de parole, de motivation, etc.), thérapie comportementale et /ou cognitiviste, à médiation psychocorporelle ou d'inspiration analytique. Le patient pourra être dirigé vers des forums d'information spécifique sur l'approche chirurgicale de l'obésité. On recommande aussi de favoriser les rencontres entre patients (opérés ou pas), soit dans le cadre d'associations, soit plus simplement comme cela peut se voir au sein de la salle d'attente du chirurgien qui devient alors un lieu d'échange, de questionnement, de partage des expériences vécues.

À cet effet, le chirurgien conseille une liste de patients déjà opérés à appeler éventuellement.

La personne en surpoids qui consulte l'équipe pluridisciplinaire vient donc objectiver la prise de conscience (au début incertaine) de la mise en danger d'elle-même, à la fois sur un plan physique, physiologique, locomoteur mais aussi psychique. Cette prise de conscience l'oblige ainsi à se reconsidérer à ses propres yeux, à ceux de son entourage et l'invite à poursuivre une démarche de soins, tant sur le plan vital que pour son bien-être.

## FAQ - QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

### **Pourquoi les autres chirurgiens ne pratiquent-ils pas la technique GPPE ?**

D'une manière générale, chaque centre spécialisé de l'obésité a sa propre histoire construite autour d'une technique développée par une équipe. Pour certains c'est l'anneau qui bien qu'en régression, continue de perdurer dans certains centres comme presque technique opératoire principale. Pour d'autres c'est la sleeve ou le by-pass. Les patients consultent par le bouche à oreille ou par leurs propres recherches sur internet et les réseaux sociaux pour choisir la technique qui leur semble la plus à même de répondre à leur besoin et consulter. Par le bouche à oreille, les patients recommandent le chirurgien qui les a opérés. Le recul permet d'apprécier aujourd'hui de manière significative les effets à court, moyen et à long terme de la technique GPPE que j'ai mise au point et présentée lors de congrès de sociétés savantes telles que la SOFFCO.MM depuis de nombreuses années, (depuis l'apparition des communications sur sleeves et by-pass et par des communications personnelles depuis 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, IFSO Montréal 2014 mais aussi à l'IMCAS 2018 ET GAPS 2015, 2016, 2017). Certains de mes confrères en France et à l'étranger s'intéressent à cette technique et commencent à la proposer en parlant de GPPE et à la pratiquer.

L'hétérogénéité des pratiques et le besoin de mieux organiser les soins nécessitent de favoriser aujourd'hui l'émergence de pratiques alternatives telles que la GPPE validée par sa sûreté, son amaigrissement pérenne et durable, sa qualité de vie, une mortalité nulle et un taux de complications post-opératoires très faible avec un recul de 22 ans. Autant de facteurs qui suscitent l'intérêt croissant de mes confrères et leur demande d'informations, comme de formations.

*“ En premier, ne pas nuire ”*

La chirurgie bariatrique est une jeune chirurgie dont l'enjeu premier, comme toute chirurgie doit rester **«Primum, non nocere !»**

Au regard de l'hétérogénéité des pratiques de chirurgie bariatrique, tandis que la question des centres de l'obésité labellisés se pose aujourd'hui avec acuité, évaluons l'ensemble des techniques sous l'angle bénéfiques/risques. A cet égard, la technique GPPE que j'ai mise au point, il y a 22 ans, est incontestablement une alternative du présent et d'avenir sûre et fiable pour le patient obèse.

### **La technique opératoire GPPE est-elle applicable aux 13 - 18 ans et doit-elle l'être plus facilement ?**

Oui, elle l'est. Elle est là encore la technique de choix, la plus réversible et non invasive, conservatrice, modulable, permettant une prise en charge psychologique toujours nécessaire et primordiale, sans mutilations.

### **Est-ce que l'on opère trop ou est-ce que l'on opère mal ?**

Non, on n'opère pas trop si l'on opère avec une bonne technique, car les bienfaits de la chirurgie de l'obésité sont avérés par la Haute Autorité de Santé (HAS), car seule la chirurgie donne des résultats probants en matière d'obésité sévère. Mais elle nécessite un bon suivi car technique et suivi sont les deux jambes d'un même corps pour aller vers l'amaigrissement et le retour à la santé et à une qualité de vie plus normale.

### **Faut-il interdire le by-pass et la sleeve ?**

Non, mais montrer clairement et sans restriction tous les risques, les résultats, l'irréversibilité, les taux de mortalité post-opératoires et dans l'année, les complications qui en résultent, les carences dramatiques parfois, la nécessité d'un traitement compensatoire à vie, les taux d'échec sur la perte de poids (de l'ordre de 30 à 50%).

### **Y-at-il un seuil minimal d'interventions de chirurgie bariatrique à réaliser par an ?**

Le seuil minimal pour un centre devrait être de 100 interventions d'un point de vue de l'expérience chirurgicale des équipes et du suivi du patient.

### **Le suivi post-opératoire à plus de 2 ans doit-il être assuré dans le cadre du parcours de soins par le médecin généraliste référent du patient ?**

Non. Il doit être assuré par l'équipe, le chirurgien principalement, ainsi que les nutritionniste, psychiatre et médecin traitant qui doit être formé à la technique, aux complications. Ce qui suppose son accord et qu'il se libère du temps pour une formation complète, mais aussi pour suivre le patient en consultation de manière approfondie, qui n'est pas toujours compatible avec l'activité de médecin généraliste, ou la durée de consultation (sa rémunération) ne le permet pas. La technique GPPE par son faible taux de complications, par sa qualité de vie, et l'absence de carences rend le suivi post-opératoire plus facile.

### **Deux tiers des opérations ont lieu en cliniques privées, or l'obésité touche plus largement les classes sociales à revenus inférieurs, y-a-t-il une « fracture bariatrique » ?**

Non, les chirurgiens doivent s'adapter pour les honoraires à l'hétérogénéité des patients, mais il est fondamental que les patients s'engagent personnellement (selon leurs moyens cependant) pour s'investir dans la méthode et être acteurs de leur retour à la santé.

### **Faut-il aller plus loin dans la description des différentes formes de l'obésité pour améliorer la prise en charge des patients ?**

Non, mais il faut mettre au premier plan les comorbidités pour les taux d'IMC entre 30 et 35 : la chirurgie est validée scientifiquement, mais non remboursée.

## **Comment la technique GPPE peut -elle être plus largement accessible au plus grand nombre de patients éligibles à une chirurgie de l'obésité sévère ou morbide ?**

Pour répondre à la demande de nombreux patients ou confrères, un projet de centre sur la technique GPPE que j'ai mise au point est en cours de création. Il est important que la méthode GPPE, méthode alternative sûre et fiable, avec des résultats durables dans le temps puisse être présentée aux patients dans le panel des techniques opératoires disponibles afin qu'ils puissent faire un choix éclairé sur l'ensemble des techniques opératoires existantes dans une approche bénéfiques / risques.

Le centre GPPE, centre chirurgical pluridisciplinaire permettra de former en France et en Europe des chirurgiens et des équipes d'intervenants à même de proposer aux patients cette technique sûre, réversible, modulable et non invasive avec une mortalité nulle et un taux de complications post-opératoires très faible.

Le centre GPPE, de par le retour d'expérience des patients opérés se donne pour mission de renforcer le suivi pré et post-opératoire des patients éligibles à une opération de chirurgie bariatrique, afin de prévenir le nombre de « perdus de vue », la technique GPPE permettant par le gonflage de l'anneau à intervalles réguliers de maintenir ce lien et de prévenir des carences nutritionnelles cependant exceptionnelles, tout en corrigeant et modulant des trajectoires psychologiques et comportementales le cas échéant (taux faible de perdus de vue comparé aux autres techniques).

Le centre GPPE aura également vocation à conduire des recherches (déjà ébauchées avec un grand CHU) sur les phénomènes hormonaux associés à cette technique opératoire (les patients GPPE ont très peu faim voire pratiquement plus faim, ce qui aide considérablement à gérer leurs pulsions, et donc, par là même à les dominer, et à donc grandement faciliter l'amaigrissement) ce qui au regard de l'expérience du patient présente un impact positif sur le taux de leptine (élevé vraisemblablement) et celui de la ghréline (bas aussi), hormones régulatrices de l'appétit.

Enfin, le centre GPPE aura vocation également à améliorer en continu cette technique opératoire et à informer toute la communauté médicale sur le phénomène complexe de l'obésité, enjeu de santé publique majeur.

# NOTES

---

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# CONTACT

---

## Communication et Relations Presse du Docteur Le Goff

### **Christine Morges**

christinemorges@yahoo.fr  
tél. : +33 (0)6 08 25 67 76

### Mise en page

### **Sophie Tessier**

connexion@sofyt.fr

### Illustrations

### **Philippe Plateaux**

ph.plateaux@hotmail.fr  
www.illustrateur-médical.com

Photos : Jean-Yves Le Goff - Pixabay

© Jean-Yves Le Goff - 2018