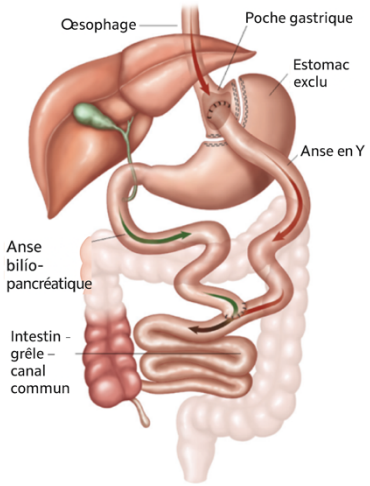
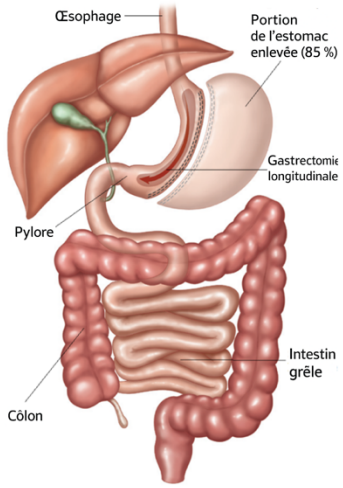
COMPARAISON DES DEUX OPTIONS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

	Dérivation gastrique Roux-en-Y (bypass)	Gastrectomie verticale (sleeve)
Représentation graphique		
Comment c'est fait?	Une petite poche de l'estomac est reliée à l'intestin grêle, en contournant la plus grande partie de l'estomac. La nourriture et les enzymes digestives passent séparément et se rejoignent un peu plus loin.	La majeure partie de l'estomac est retirée de façon « verticale », laissant un estomac en forme de « banane ».
Comment ça fonctionne?	Réduit de façon significative la quantité de nourriture pouvant être consommée, avec une absorption moindre des calories. Un « syndrome de chasse » peut survenir si des aliments riches en sucre ou en gras sont consommés. Diminue le niveau de ghréline. L'ensemble de ces effets réduit la faim et augmente la satiété.	Réduit de façon significative la quantité de nourriture pouvant être consommée. Élimine également la majeure partie de la production de ghréline dans l'estomac. L'ensemble de ces effets réduit la faim et augmente la satiété.
Quelle approche chirurgicale est utilisée pour chaque chirurgie?	Approche laparoscopique (minimement invasive) avec 5 petites incisions (0,5 à 1,5 cm).	
Quelle perte de poids puis-je espérer avec cette chirurgie?	~70 % de perte de poids excédentaire à 1 an après l'opération	~60 % de perte de poids excédentaire à 1 an après l'opération
Quels changements alimentaires et de mode de vie sont requis avec cette chirurgie?	Les patients consomment 3 petits repas et 2 à 3 collations riches en protéines. Les portions sont d'environ ½ à 1 tasse par repas. Il faut séparer la consommation de liquides des aliments solides. Il est recommandé de limiter les sucres et les gras concentrés pour éviter le syndrome de chasse. L'exercice aide à mieux réussir.	Les patients consomment 3 petits repas et 2 collations riches en protéines. Les portions sont d'environ ½ à 1 tasse par repas. Il faut séparer la consommation de liquides des aliments solides. Il est recommandé de limiter les sucres concentrés pour de meilleurs résultats. L'exercice aide à mieux réussir.

Quels suppléments nutritionnels dois-je prendre à vie après la chirurgie?	Multivitamine Vitamine B12 Calcium et vitamine D Fer	Multivitamine Calcium et vitamine D Fer (pour les femmes menstruées)
Quelles sont les chances de mourir de cette chirurgie, et y a-t-il d'autres risques immédiats?	**Risques à court terme** Décès : 0 % Fuite de la ligne d'agrafes : 1 % Saignement interne : 1 % Perforation du côlon : 0,1 % Thrombose veineuse profonde : 0,4 % Lacération du foie/de la rate : 1,4 % Infection au site du port : 1,2 % Crise cardiaque : 0,2 % Embolie pulmonaire : 0,2 %	**Risques à court terme** Décès : 0 % Fuite de la ligne d'agrafes : 1 % Saignement interne : 1 % Thrombose veineuse profonde : 0,4 % Lacération du foie/de la rate : 1,4 % Infection au site du port : 1,2 % Crise cardiaque : 0,2 % Embolie pulmonaire : 0,2 %
À quelle vitesse vais-je perdre l'excès de poids?	La majorité de la perte de poids survient durant la première année suivant la chirurgie. L'objectif par la suite est de maintenir cette perte en conservant de bonnes habitudes alimentaires et d'exercice.	
Combien de temps dure la chirurgie?	90 à 120 minutes	60 minutes
Combien de temps vais-je rester à l'hôpital?	1 nuit	
Quelle est la période de convalescence?	Comme il s'agit d'une chirurgie peu invasive, les patients doivent seulement convalescer pendant 1 à 2 semaines à la maison. Certains patients peuvent retourner à un travail de bureau non physique dans ce délai. Pour un travail physique, la convalescence recommandée est de 4 semaines.	
Combien de temps dois-je attendre avant la chirurgie?	4 à 6 semaines, le temps nécessaire pour une préparation adéquate et une chirurgie sécuritaire.	
Qui paie pour la chirurgie?	Les patients doivent payer de leur poche, par financement, ou par leur assurance.	
L'opération est-elle réversible?	Possible, seulement si médicalement indiqué, mais c'est très rare.	Non.
Notre recommandation	**Fortement recommandée pour les patients atteints de diabète de type II, de RGO sévère (non contrôlé par médicaments), d'hypertension et pour les personnes avec un IMC élevé. Cette chirurgie est pratiquée depuis plus de 30 ans et a démontré des résultats durables à long terme.**	**Actuellement, c'est la chirurgie bariatrique la plus populaire en Amérique du Nord avec d'excellents résultats en perte de poids.**