

CHIRURGIE BARIATRIQUE: PARTICULARITES POUR LE MEDECIN GENERALISTE

Tiphaine Saillard, médecin généraliste et nutritionniste,
Praticien Hospitalier Contractuel CHI ELVR



LE MEDECIN GENERALISTE UN ACTEUR MAJEUR



Parfois, à l'origine du projet de chirurgie bariatrique

Comme premier interlocuteur si la demande vient du patient

Connaissance du patient, de son mode de vie, caractère, comorbidités, conditions de vie

Suivi à long terme

Gestion des événements intercurrents

Thèse 2016: formation des médecins généralistes Hauts Normands concernant la chirurgie bariatrique



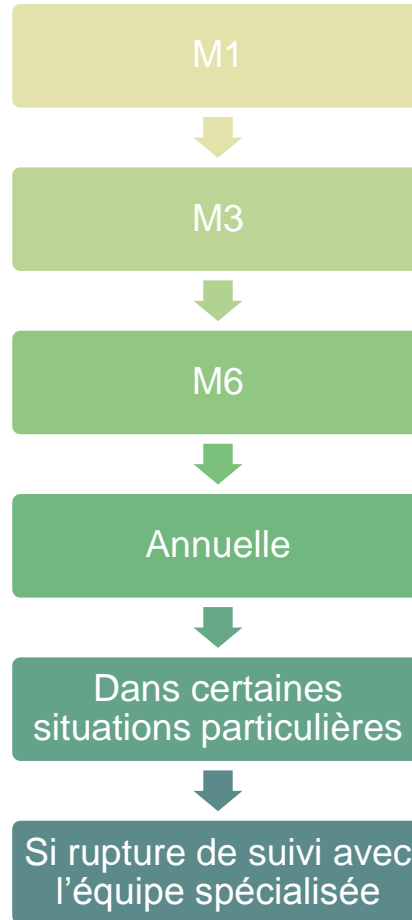
- Principaux résultats:
 - Difficultés ressenties dans le suivi: 56%
 - Manque de connaissances 60%
 - Manque d'adhésion du patient 56%
 - Manque de communication avec l'équipe pluridisciplinaire
 - Formation obésité: 25%
 - Souhait de formation:
 - Soirée / DPC
 - Multidisciplinaire : diet, chir, médecin, psychiatre
 - Thèmes: carences et suppléments, complications, reprise d'activité, adaptation traitements, grossesse, contraception

Avant la chirurgie



- Vérifier l'**indication** de la chirurgie bariatrique (critères HAS)
- Interroger le patients sur **ses attentes**:
 - Encadrement par une équipe pluridisciplinaire
 - Perte de poids rapide / Objectif de poids réaliste
- Et sur ses **connaissances**:
 - Risques opératoires/complications
 - Modifications nécessaires du mode de vie
 - Risque de reprise de poids
 - Suivi à vie
- Rechercher des **contre indications** absolues/temporaires:
 - Addiction non sevrée
 - Comorbidité psychiatrique
 - Trouble du comportement alimentaire
 - Incapacité à assurer le suivi
 - ABSENCE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE PREALABLE IDENTIFIEE
- **Femme en âge de procréer**:
 - Projet de grossesse prochain: différer le projet de chirurgie bariatrique ou celui de grossesse
 - Contraception: implant /DIU

Calendrier de suivi

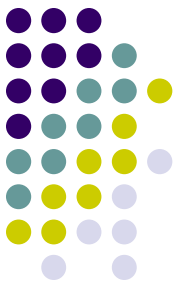


Premier mois

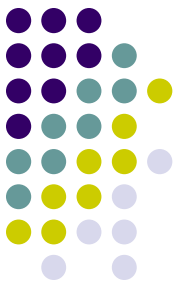


- **Adaptation des traitements:**

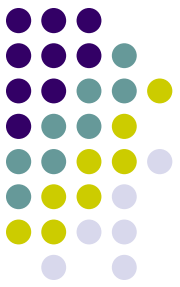
- DT2: Rapide!! *Attention au hypoglycémies: insuline, sulfamides, auto surveillance, réévaluer analogues GLP1, inhibiteurs DPP4*
- HTA: *arrêt des diurétiques si hypotension/hypokaliémie*
- Acide ursodesoxycholique: *perte de poids importante, si pas d'atcd de cholécystectomie*
- IPP 1an, *poursuivi si tabac, RGO, traitement gastro toxique*
- Attention au risque de **malabsorption** après BPG ou si intolérance alimentaire (antiépileptiques, trithérapies, contraception...)



- Rechercher des signes de complication chirurgicale =
URGENCE
 - Attention symptomatologie trompeuse
 - Tachycardie, dyspnée
 - Sepsis, douleur abdominale , vomissements importants
 - Agitation, sensation de malaise
 - → **ADRESSER AU CHIRURGIEN EN URGENCE**
 - Ne pas retarder la prise en charge avec des examens complémentaires
- Reprise de l'activité physique à 1 mois (marche) et sportive à 2 mois
- Reprise alimentaire progressive, texture adaptée, insister sur les protéines, hydratation en dehors des repas
- Surveillance du poids: perte attendue d'environ 10% EP



- Autres:
 - Arrêt de travail: systématique 3 semaine puis à réévaluer
 - Évaluation de l'état psychologique
 - Contraception
 - S'assurer de la programmation du suivi (médecin spécialiste, diet, chir)
 - Et du bilan sanguin à 3 mois
 - Redonner rendez vous à M3



Autres consultations

Symptômes digestifs, hypoglycémies, dumping syndrome

Réévaluation des traitements

Résultats du bilan biologique des 3 mois: carences?

Evaluation diététique: consultation effectuée?

Reprise d'une activité sportive?

Evaluation des habitudes alimentaires: TCA?

Évaluation de l'état psychologique

Consommation d'alcool



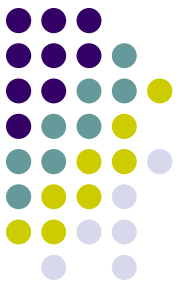
Prévoir la consultation diététique à 6 mois puis si besoin

Le bilan biologique des 6 mois puis annuel

Rappel des conseils hygiéno-diététiques

Contraception

Prise du rendez vous suivant



Plusieurs situations

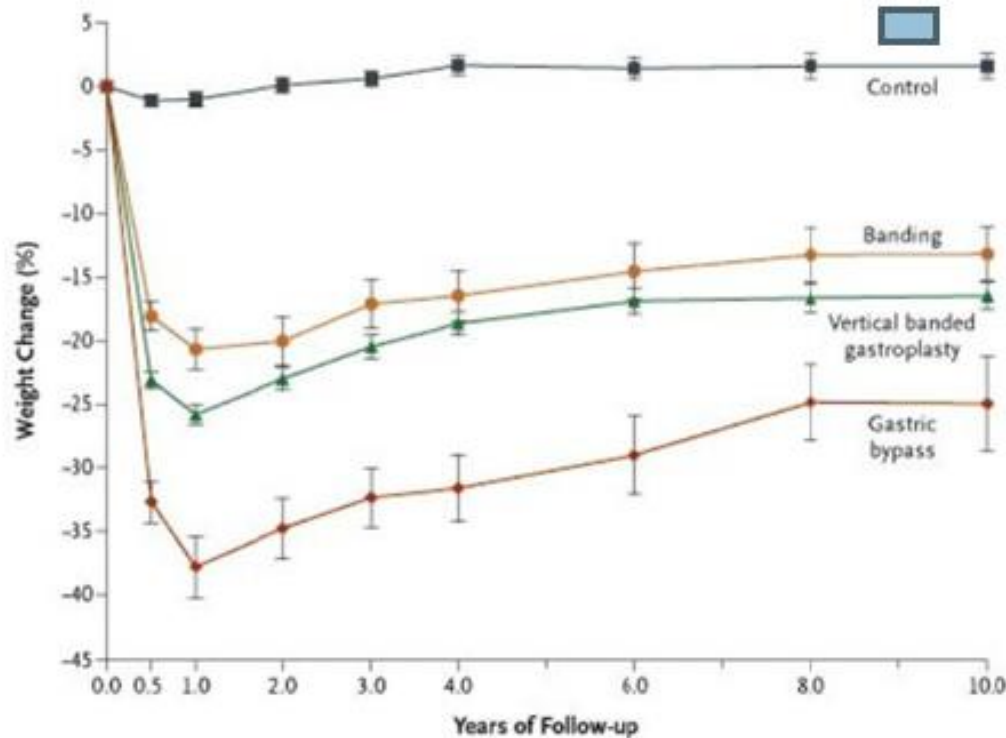
1/ Évolution favorable= perte de poids régulière et stabilisée à 18 mois, absence d'évènement indésirable, bonne adhésion au suivi
→ suivi spécialistes /3 à 5 ans

2/ Consultation spécialiste si:

- Grossesse prévue ou en cours
- Echec/ TCA/ Dépression
- Complications fonctionnelles, nutritionnelles, chirurgicales
- Addictions
- Chirurgie réparatrice ou ré intervention

3/ Patients polypathologiques en situation médicale précaire

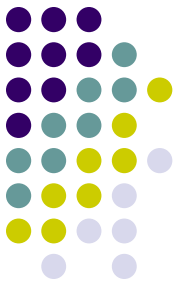
Évolution du poids après chirurgie



No. of Subjects

Control	627	585	594	587	577	563	542	535	627
Banding	156	150	154	153	149	150	147	144	156
Vertical banded gastroplasty	451	438	438	438	429	417	412	401	451
Gastric bypass	34	34	34	34	33	32	32	29	34

- Reprise de poids fréquente après 12 à 18 mois quelle que soit la technique
- Sjostrom, 2012



Perte de poids attendue

- Anneau:
 - De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids
- Sleeve:
 - De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids
- By pass:
 - De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids
- 10% du poids à 1 mois
- Poids minimal à un an

Conseils diététiques



- Fractionner l'alimentation (3 repas/3 collations)
- Prendre de petits bouchées (1 càc)
- Bien mastiquer, manger lentement et dans le calme
- Arrêter de manger dès la 1ère sensation de satiété pour éviter les vomissements
- Boire suffisamment en dehors des repas, Eviter les boissons gazeuses et traitements effervescents
- Pas d'alcool le 1er mois, très modéré par la suite
- Eviter sucres simples et aliments trop gras car risque de dumping syndrome



- Reprise de l'alimentation mixée pendant 2 semaines:
 - Purée enrichie, Laitage et fromage mou, Compote, fruits mixés, Biscotte ou pain de mie trempés.
- Puis hachée:
 - Les féculents (pâtes, riz, pommes de terre...), Les légumes cuits chauds ou en salade, Les fruits cuits ou crus bien mûrs, La viande hachée ou tendre, Le pain.
- **RICHE EN PROTEINE:**
 - Viande, fromage, œuf, poisson, produits laitiers
 - Pour éviter la fonte musculaire, en association avec l'activité physique régulière
- Pauvre en sucres et lipides



Bilan biologique

- À 3 et 6 mois puis minimum 1 fois/ an:
- NFS
- Ionogramme
- Calcémie vit D PTH
- Ferritine CST
- Albumine, transthyrétine
- Vitamines A, E, B1, B9, B12, D
- Zinc sélénium

HAS 2009

Risques de carences post opératoires



- Fer : 30% après sleeve, 50% après By pass
- Vitamine B12: 10% après sleeve, 30 à 80% après By pass
- Acide folique : 40% après Sleeve et by pass
- Vitamine D : 30% ?
- Vitamine B1 (++si vomissements) : risque de sd de Gayet Wernicke : pas de perfusion de serum glucosé sans apport de vitamine B1 si vomissements+++
- Autres: surtout BPG/TCA

Supplémentations après chirurgie bariatrique



- Recommandations HAS:
 - Vitamine B12 systématique et à vie si By Pass
 - Selon bilan si sleeve /AGA
- Recommandations américaines:
 - Supplémentations systématiques initiale by pass et sleeve
 - Azinc ou Bion : 1 à 2/jour (non remboursé)
 - Cacit1000mg : 1/jour
 - Uvedose100 000 UI: 1/mois
 - Tardyferon1 à 2/jour (surtout si femme réglée)
 - Vitamine B12 1000 µg : 2/mois PO

Remboursement des suppléments



Remboursé par AM

- Fer: Tardyferon
- B9: Speciafoldine
- Vitamine b12
- Vit D: Uvedose
- Calcium
- Ph: Phosphoneuros
- Vit A: A313
- Vit E: TOCO

Non remboursé

- Magnésium: Mag 2
- Granions de zinc
- Granions de sélénium
- Vit B1: Benerva/ B1-B6

Envisager une chirurgie reconstructrice



- Possible opération du tablier abdominal, des fanions brachiaux, de la poitrine, lifting des cuisses...
- À la fin de la perte de poids et après stabilisation
 - > 18mois
- En l'absence de dénutrition ou carence
- Pas toujours pris en charge:
 - Réduction mammaire et correction de ptose si volume >300g
 - Tablier abdominal recouvrant le pubis

OU UNE REINTERVENTION:

- En cas d'échec, de dysfonctionnement du montage chirurgical, après évaluation complète et décision en RCP

Prise en charge par l'assurance maladie



- l'opération est prise en charge
- Ce qui n'est pas pris en charge:
 - Les consultations avec diététiciennes et psychologues en libéral
 - Certaines suppléments vitaminiques (mélanges polyvitamines)
 - Certains dosages biologiques (B1)
 - Les compléments protéiques
 - Certains actes de chirurgie réparatrice
 - → informer le patient avant la chirurgie



Facteurs de succès

Suivi régulier de l'agenda de consultations

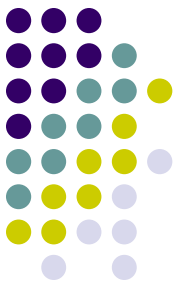
Suivi des conseils diététiques

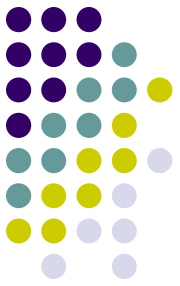
Activité physique 2 à 3 fois par semaine,
intense et durable

Objectifs réalistes

- → SE PREPARE EN AMONT DE LA CHIRURGIE

Convaincre le patient que le suivi est nécessaire





MERCI
pour votre attention