



**LIVRET D'INFORMATION
AU MEDECIN TRAITANT**
Concernant
LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

(SLEEVE GASTRECTOMY
& BY-PASS GASTRIQUE)

Document réalisé par
Groupe de Travail Régional autour
de la Chirurgie Bariatrique

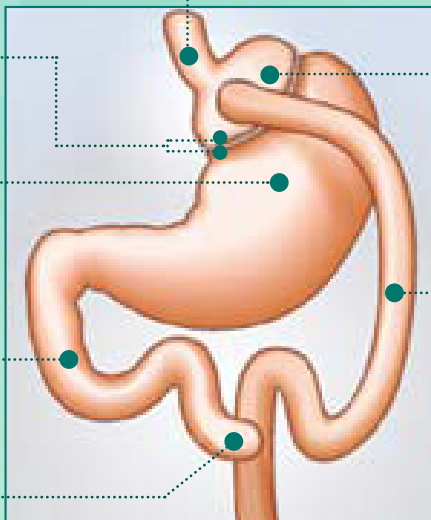
oesophage

agrafes

estomac ne recevant plus les aliments
> continue de sécréter des enzymes digestives et de l'acide

portion d'intestin grêle (duodérum) sectionnée
> anse biliopancréatique

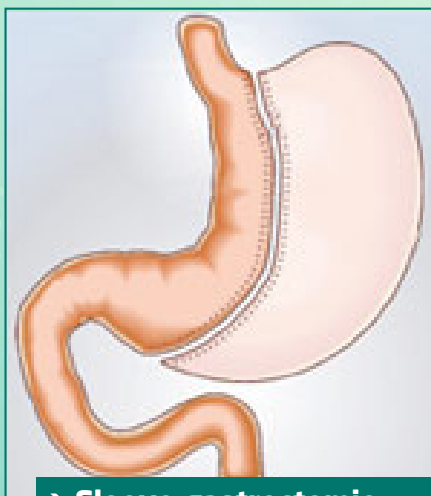
raccordement entre l'anse biliaire et l'anse alimentaire
> les aliments rencontrent les sécrétions digestives



poche gastrique

portion d'intestin (jéjunum) raccordée à la poche gastrique
> anse alimentaire

> **By-pass gastrique**



> **Sleeve-gastrectomie**

Votre patient(e) va bénéficier d'une chirurgie bariatrique : **gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy)** ou **by-pass gastrique**, pour l'aider à perdre du poids durablement et réduire les comorbidités liées à son obésité.

Le suivi et la prise en charge après cette intervention doivent être assurés **à vie** par une équipe multidisciplinaire, en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles).

En tant que médecin traitant, votre rôle est primordial au quotidien. Ce livret a été conçu pour que vous puissiez avoir les informations essentielles du suivi de ces patients.

Ce document, s'appuyant sur les recommandations de l'HAS (<http://www.has-sante.fr>) reprend les principaux points de ce suivi.

L'équipe de coordination du CSO Haute-Normandie est à votre disposition :

vanessa.folope@chu-rouen.fr et caroline.meret@chu-rouen.fr

AVANT LA CHIRURGIE



- > Proposer un sevrage tabagique
- > Vérifier l'état bucco-dentaire
- > **Si femme en âge de procréer** : s'assurer d'une contraception efficace (implant ou stérilet)
- > **Si diabète** : prévoir un fond d'œil dans les 3 mois préopératoires
- > **Si TCA compulsif** : le traiter car risque de réapparition d'un TCA type grignotage ou compulsions en postopératoire (moins bon résultat pondéral à moyen et long terme)

CINETIQUE DE PERTE DE POIDS



Perte de poids : **10 % le premier mois**, 20 à 30 % à 3 mois.

20-25kg pour la sleeve et 25-30kg pour le by-pass
(en moyenne)

Est attendue jusqu'à 12-18 mois postopératoire

Quand perte de poids plus importante : rechercher une complication (sténose, troubles du comportement alimentaire).

Reprise de poids après une longue période de stabilisation doit faire rechercher une cause non liée à la chirurgie bariatrique : réapparition de troubles du comportement alimentaires.

Après 1 an ½ -2 ans, on peut assister à une reprise pondérale liée à une prise alimentaire et/ou à une activité physique non optimales.

ADAPTER LES TRAITEMENTS EVENTUELS ET LEUR POSOLOGIE



En cas de diabète : risque accru d'hypoglycémies le 1er mois postopératoire : contrôle régulier de la glycémie et adaptation du **traitement antidiabétique**.

Penser à réévaluer le SAS.

La sleeve gastrectomy favorise le reflux gastro-oesophagien et peut amener à poursuivre la prescription initiale **d'anti-sécrétoire** (esoméprazole). Ce traitement pourra être arrêté si la perte de poids est significative et que les symptômes de RGO disparaissent.

Une **anticoagulation** par HBPM est prescrite à la sortie du patient pour une durée de 3 semaines postopératoires.

Du fait d'une alimentation très réduite les premiers mois, le patient peut être gêné par une constipation. Un **laxatif** type Forlax® pourra être prescrit.

Il n'existe pas de contre indications médicamenteuses formelles ; il est important d'éviter si possible les **médicaments gastrottoxiques** (aspirine, AINS, corticoïdes, etc.).

ARRÊT DE TRAVAIL APRES LA CHIRURGIE



L'arrêt de travail en postopératoire est classiquement de 3 semaines. Il peut être prolongé par vos soins au cas par cas.

RECHERCHER DES COMPLICATIONS DU MONTAGE CHIRURGICAL



Les principales complications de la sleeve gastrectomy dans les suites immédiates de l'hospitalisation sont la **fistule** (ou rupture de la ligne d'agrafes) entraînant abcès ou péritonite, et l'**embolie pulmonaire** qui engage le pronostic vital.

L'examen clinique du patient obèse est difficile. Certains symptômes de survenue précoce doivent conduire à consulter le chirurgien EN URGENCE : douleur abdominale, tachycardie, dyspnée, hyperthermie, même en l'absence de défense ou de contracture.

A plus ou moins long terme, il existe un risque de **sténose**. En présence des symptômes suivants : douleur abdominale postprandiale, vomissements quotidiens, dysphagie, faire réaliser un TOGD en vue d'une consultation chirurgicale.

Si le patient n'a pas été cholécystectomisé, le risque d'apparition d'une **lithiase** biliaire est augmenté après chirurgie bariatrique. Un traitement par Ursolvan® ou Delursan® a été prescrit à la sortie du malade pour 6 mois. Une échographie abdominale et une biologie hépatique doivent être réalisées au moindre doute.

PREVENIR ET RECHERCHER LES CARENCES VITAMINIQUES OU NUTRITIONNELLES



Après sleeve gastrectomy (chirurgie restrictive) la supplémentation se fait en fonction du bilan biologique et clinique. **Elle n'est pas systématique.**

Un bilan biologique doit être demandé à 3 mois, 6 mois, 1 an puis chaque année lors de la consultation de suivi par l'endocrinologue ou le nutritionniste.

Ce bilan sanguin comporte au minimum : NFS, calcium, ferritine, vit D, vit B9, vit B12, albumine, pré-albumine.

Certaines carences peuvent conduire à des **troubles neurologiques graves**. En cas de vomissements quotidiens, on recherchera en plus une carence en **vit B1** et on débutera la supplémentation avant même d'avoir le résultat.

RENFORCER L'EDUCATION (DIETETIQUE ET ACTIVITE PHYSIQUE) COMMENCEE EN PRE-OPERATOIRE



L'activité physique à type de marche peut être débutée dès le premier mois postopératoire.

L'activité physique et sportive normale peut être débutée dès le 2^{ème} mois postopératoire.

Des consultations diététiques systématiques sont programmées à 3 mois et à 6 mois. En cas de besoin, prendre rendez-vous auprès du secrétariat du service de chirurgie digestive pour obtenir une consultation supplémentaire.

S'assurer d'un apport protéique minimal

EVALUER LA NECESSITE D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE



La perte de poids est une période à risque de décompensation d'un TCA ou d'un syndrome dépressif (risque suicidaire majoré à 18 mois postopératoires) : ne pas hésiter à adresser le patient à un psychiatre ou à un psychologue.

Evaluer les addictions en postopératoire (alcool notamment)

CAS PARTICULIER : LA FEMME EN AGE DE PROCREER



Une contraception est fortement recommandée pendant au moins 12 mois après l'intervention. La grossesse doit être programmée et suivie.

Une supplémentation en acide folique (SPECIAFOLDINE 5mg) doit être prescrite dès l'arrêt de la contraception ou à défaut au début de la grossesse et poursuivie les 2 premiers mois de la grossesse afin de limiter le risque de malformation chez l'enfant (spina bifida).

En cas de douleur abdominale chez une femme enceinte après chirurgie bariatrique : la ré-adresser en urgence au chirurgien viscéral.

Un bilan nutritionnel doit être réalisé dès le projet de grossesse afin

de corriger d'éventuelles carences. Il est recommandé de **programmer un suivi nutritionnel par l'équipe pluridisciplinaire** en post partum.

CHIRURGIE REPARATRICE ET EVENTRATION



Il existe parfois des séquelles cutanées (tablier abdominal, ptose cutanée de la face interne des bras et des cuisses, ptose mammaire) pour lesquelles une ceinture de maintien abdominal sur mesure (OBESINOV® ou CERECARE®) peut être prescrite en postopératoire. Une chirurgie réparatrice peut parfois être nécessaire : elle ne doit être envisagée que chez les patients qui ont stabilisé leur poids, en général 1 à 2 ans après l'opération et préférentiellement lorsque l'IMC est inférieur à 30. Ces actes sont soumis à l'accord préalable de la sécurité sociale. Un sevrage tabagique est indispensable avant une chirurgie réparatrice.



MEMO

> BILAN À 1 MOIS

Si vomissements : doser la vitamine B1 en urgence+++

S'assurer d'une alimentation équilibrée en petites quantités

Peut marcher

Arrêt de travail à réévaluer au cas par cas (3 semaines postop en systématique)

Evaluer l'état psychologique

S'assurer d'une contraception efficace si femme en âge de procréer

> BILAN À 3 MOIS ET 6 MOIS

Si vomissements : doser la vitamine B1 en urgence+++

Bilan systématique : NFS, CRP, calcémie, ferritinémie, fer sérique, vit D, vit B9, vit B12, albumine, préalbumine

Consultation diététique ou nutritionnel systématique

Peut faire du sport

Evaluer l'état psychologique

> BILAN À 1 AN PUIS UNE FOIS PAR AN

Bilan systématique : NFS, CRP, calcémie, ferritinémie, fer sérique, vit D, vit B9, vit B12, albumine, préalbumine

S'assurer d'une alimentation équilibrée en petites quantités

S'assurer d'une activité physique régulière

Evaluer l'état psychologique : risque de décompensation d'un TCA ou d'un syndrome dépressif (risque suicidaire majoré à 18 mois postopératoires)

Proposition de traitement de carences en micro-nutriments

• CARENCE MARTIALE

TARDYFERON® : 2 cp/j pendant 3 mois

Contrôle à 3 mois : fer sérique, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine.

• CARENCE EN VITAMINE A

A 313® CAPSULES : 1 capsule tous les 10 jours pendant 1 mois

Contrôle Vitamine A à 3 mois.

• CARENCE EN VITAMINE D

UVEDOSE® : 1 ampoule par mois pendant 3 mois.

Contrôle Vitamine D à 6 mois.

• CARENCE EN VITAMINE E

TOCO® 500 mg : 1 capsule/j pendant 3 mois.

Contrôle Vitamine E à 3 mois.

• CARENCE EN VITAMINE B12



Normalement en cas de By-Pass le patient reçoit une injection mensuelle ou bimestrielle de Vitamine B12 : **vérifier la compliance.**

VITAMINE B12 1 mg : 1 ampoule *per os* pendant 5 jours puis 1 ampoule par mois pendant 6 mois.

Contrôle Vitamine B12 à 6 mois.

• CARENCE EN FOLATES

SPECIAFOLDINE® 5 mg : 1 cp/j pendant 1 mois.

Contrôle Folates à 3 mois.

• CARENCE EN ZINC

GRANIONS® DE ZINC : 1 ampoule de 15 mg/j pendant 21 jours.

Contrôle Zinc à 3 mois.