

# Chirurgie bariatrique

Guide pratique à l'usage  
des médecins généralistes

# Table des matières

- 03 ..... Avant-propos
- 04 ..... Clinique de l'obésité
- 06 ..... Le bypass gastrique
- 07 ..... La sleeve gastrectomie
- 08 ..... Le suivi pluridisciplinaire
- 09 ..... Les soins post-opératoires immédiats
- 10 ..... Les complications dans les 30 jours
- 12 ..... Les complications chirurgicales tardives
- 14 ..... Les carences nutritionnelles et vitaminiques
- 16 ..... Evolution des comorbidités et adaptation thérapeutique  
liées à la perte de poids
- 20 ..... Conséquences à long terme de la chirurgie
- 26 ..... En conclusion
- 27 ..... Infos pratiques



# Avant-propos

L'obésité, maladie liée au mode de vie, est devenue un véritable problème de santé publique.

Les causes et les conséquences sont multiples.

La prise en charge de ces patients est longue et complexe. Elle passe obligatoirement par les modifications du style de vie.

Cependant, la chirurgie bariatrique, communément appelée la chirurgie de l'obésité, a montré son efficacité à long terme si le suivi est assuré.

Elle est de plus en plus pratiquée en Belgique et permet :

- \_ une perte de poids durable
- \_ une amélioration de la qualité de vie
- \_ une amélioration des comorbidités
- \_ un impact sur la mortalité globale

Les différentes consultations de l'équipe pluridisciplinaire sont indispensables pour préparer les patients et assurer les résultats à long terme et pour permettre d'identifier les complications liées à la chirurgie.

La mortalité et la morbidité des différentes interventions (bypass, sleeve gastrectomie) sont de plus en plus faibles dans les services spécialisés. La durée d'hospitalisation s'est fortement réduite.

L'implication du médecin traitant est essentielle dans le suivi à court terme et à long terme chez ces patients.

Le but de ce fascicule est d'améliorer notre collaboration et de vous aider dans le suivi de vos patients opérés au quotidien.

## Clinique de l'obésité

- \_ Horaires : Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30
- \_ Service des rendez-vous de la Clinique de l'obésité : 04 321 81 36
- \_ Infirmière Référente de la Clinique de l'obésité : **04 321 72 23**
- \_ Secrétariat : 04 321 72 66 ou 04 321 87 79
- \_ Coordination : D<sup>r</sup> S. HANOSET 04 321 75 68  
M<sup>me</sup> A. Collignon 04 321 68 05



## L'équipe médicale

### \_ Chirurgiens

D<sup>r</sup> DE ROOVER Arnaud 04 321 81 68

D<sup>r</sup> HANOSET Sophie 04 321 75 68

D<sup>r</sup> KOTZAMPASSAKIS Nikos 04 321 62 34

D<sup>r</sup> SEYDEL Benoît 04 321 62 33

### \_ Médecins nutritionnistes

D<sup>r</sup> RIXEN Bianca 04 321 51 97

D<sup>r</sup> PELERIN Delphine 04 321 60 06

### \_ Médecin endocrinologue – diabétologue

D<sup>r</sup> GOULA Margarita 04 321 87 91

### \_ Numéro des urgences

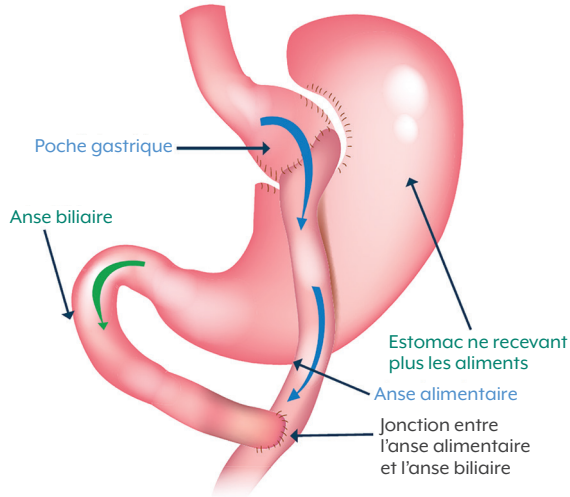
04 321 60 41 ou 04 321 60 42

### \_ Numéro des rendez-vous

04 321 81 36

# Les techniques chirurgicales

## 1. Le bypass gastrique

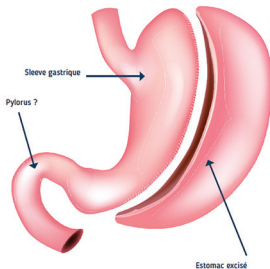


<b>Principe</b>	<p><b>Restriction</b> : technique qui permet de diminuer la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche de 15 à 20 cl).</p> <p><b>Malabsorption</b> : la nourriture contourne les sécrétions gastrique et bilio-pancréatique sur environ 1 mètre ce qui crée une malabsorption</p> <p><b>Métabolique</b> : modification des hormones digestives contrôlant la faim, la sensation de satiété et le métabolisme glucidique. Modification de la flore intestinale et du métabolisme des sels biliaires.</p>
<b>Perte de poids attendue</b>	De l'ordre de 70 - 80 % de l'excès de poids à 1 an post-opératoire.
<b>Durée moyenne de l'intervention</b>	1 heure.
<b>Durée moyenne de l'hospitalisation</b>	1-2 jours.
<b>Principaux risques de complications</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>_ complications chirurgicales : ulcère, sténose de l'anastomose gastro-jéjunale, occlusion grêle ;</li><li>_ carences nutritionnelles ;</li><li>_ complications fonctionnelles : hypoglycémie postprandiale, dumping syndrome, troubles du transit.</li></ul>

## 2. Sleeve gastrectomie, sleeve réversible et sleeve Nissen

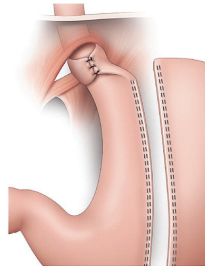
<b>Principe</b>	<b>Technique restrictive et métabolique</b> : l'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.
<b>Perte de poids attendue</b>	De l'ordre de 70 % de l'excès de poids.
<b>Durée moyenne de l'intervention</b>	1 heure.
<b>Durée moyenne de l'hospitalisation</b>	1-2 jours.
<b>Principaux risques de complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ ulcère, fistule, sténose ;</li> <li>_ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ;</li> <li>_ reflux gastro-œsophagien ;</li> <li>_ dilatation de l'estomac.</li> </ul>

### La sleeve gastrectomie



Consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac.

### La sleeve Nissen



En cas de reflux gastro-œsophagien ou de hernie hiatale.

### La sleeve réversible



Permet de conserver la totalité de l'estomac

# Le suivi pluridisciplinaire

Le suivi médical du patient opéré est capital et a pour objectifs :

- \_ d'assurer un suivi pondéral (perte ou éventuellement reprise)
- \_ de dépister les complications précoces ou tardives
- \_ d'apprécier les apports nutritionnels
- \_ de dépister les carences nutritionnelles et vitaminiques
- \_ d'adapter les traitements des comorbidités
- \_ d'apporter une aide psychologique

Pour ce faire, nous suivons un agenda bien précis :

	1 mois	3 mois	2/4 mois	6 mois	9 mois	1 an
Chirurgien	●			●		●
Interniste/nutritionniste		●			●	
Diététicienne	●		●		●	
Psychologue			●			
Biologie		●			●	
BMC*						●

\*BMC : ostéodensitométrie osseuse.

Au-delà d'un an, le patient devrait être vu par un des intervenants de la clinique de l'obésité, annuellement.



# Points importants

## 1. Les soins post-opératoires immédiats : généralités

La durée moyenne d'hospitalisation est de 24 à 48 heures.

Pendant l'hospitalisation, les patients sont suivis par le chirurgien, la diététicienne et l'anesthésiste.

Une alimentation mixée est recommandée pendant environ 2 semaines et il faut insister sur un apport hydrique suffisant.

**Un IPP** est prescrit pendant un minimum d'un mois, la durée peut être prolongée.

**La prophylaxie anti-thrombotique** est prescrite pendant 20 jours. En général, un enseignement est fait à l'hôpital mais, si cela est nécessaire, des soins infirmiers sont prescrits ainsi que des bas de contention.

Les **antidouleurs** classiques prescrits sont le Paracétamol et le Tramadol sous forme de granulés ou solubles. **Les AINS sont à proscrire.**

Un complément multivitaminé est prescrit (voir tableau des carences nutritionnelles et vitaminiques (page 14-15).

Une **incapacité de travail** est prescrite pendant 30 jours mais les patients peuvent reprendre leurs activités plus tôt s'ils en sont capables.

Il est indispensable pour les patients d'avoir une **activité physique** régulière rapidement afin de préserver leur masse musculaire. Nous conseillons au minimum 30 minutes de marche par jour et une activité sportive peut être débutée après le premier mois.

Une prise en charge adaptée en kinésithérapie est proposée aux patients.

## 2. Les soins post-opératoires immédiats : complications dans les 30 jours

### Fistule

La fistule post-opératoire est exceptionnelle mais reste la complication la plus redoutable en chirurgie bariatrique.

Elle peut survenir jusqu'à **1 mois** post-opératoire, mais le plus souvent dans les 10 premiers jours suivant l'intervention.

Les **signes cliniques** de l'abcès (conséquence de la fistule) sont :

- \_ tachycardie
- \_ polypnée
- \_ douleur
- \_ fièvre

Si vous pensez à une fistule, il faut adresser le patient rapidement aux urgences de l'hôpital référent et **contacter le chirurgien**. En effet, le traitement doit être réalisé **le plus vite** possible afin d'éviter une aggravation de la situation.

Le traitement peut être médical, endoscopique ou chirurgical.



## Dysphagie

La dysphagie, les nausées et parfois les vomissements sont des symptômes très réguliers les premiers jours.

Le patient doit bien respecter les consignes diététiques données (mâcher correctement, manger dans un endroit calme, éviter temporairement certains aliments difficiles à digérer, consommer des boissons en-dehors des repas, le tout en position assise).

Il faut rassurer le patient et l'encourager à boire au moins 1 litre par jour (pas de boissons gazeuses).

Parfois, le Motilium peut être administré 3x/j avant les repas.

En cas de symptomatologie persistante, une cause organique (ulcération, sténose anastomotique, impaction alimentaire...) doit être éliminée.

Un examen OED et/ ou une gastroscopie peut être réalisé avant une consultation chez le chirurgien. Ne pas hésiter à prendre contact avec le chirurgien pour organiser le rendez-vous.

## 3. Les complications chirurgicales tardives

### Bypass gastrique

#### a) Ulcère anastomotique

- \_ nausées, douleurs, saignements,
- \_ peut évoluer en sténose anastomotique.

Traitement : \_ Arrêt du tabac  
\_ IPP  
\_ Sucralfate  
\_ Chirurgie si échec

#### b) Sténose anastomotique

- \_ dysphagie, nausées, vomissements,
- \_ peut survenir quelques semaines ou longtemps après la chirurgie,
- \_ peut être liée à une anastomose sous traction.

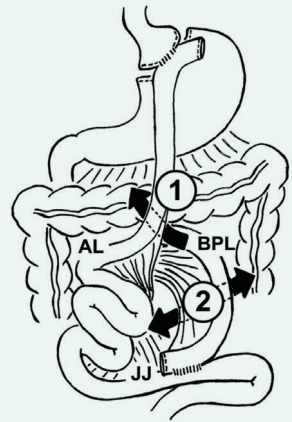
Traitement : \_ Arrêt du tabac  
\_ IPP  
\_ Dilatation endoscopique (habituellement 2 à 3 séances). Il peut également être nécessaire de poser une prothèse temporaire (stent)  
\_ Chirurgie si échec

### c) Hernie interne

- \_ douleurs crampoïdes, parfois très intenses, surviennent par crises récurrentes
- \_ il s'agit d'une hernie grêle à travers deux zones :

1. Hernie de l'espace Petersen : entre l'anse montée et le méso colon transverse
2. Hernie transmésentérique du pied d'anse

Traitement : urgence chirurgicale, le plus souvent



AL = anse alimentaire  
BPL = anse bilio-pancréatique  
JJ = anse commune

### d) Lithiase biliaire

- \_ favorisée par la perte de poids
- \_ le problème est la migration biliaire car l'endoscopie rétrograde est quasi impossible
- \_ fréquente après un an

Traitement : cholécystectomie

## Sleeve gastrectomie

### a) Sténose de la plastie gastrique

Reflux, vomissements

Traitement : \_ dilatation endoscopique  
\_ conversion en bypass gastrique

### b) Reflux gastro-oesophagien

Traitement : \_ IPP et prokinétiques  
Si pas d'améliorations :  
\_ Fermeture des piliers du diaphragme  
\_ Chirurgie (bypass gastrique)

## 4. Les carences nutritionnelles et vitaminiques

Situation clinique	Facteurs impliqués
Vomissements incoercibles	<ul style="list-style-type: none"><li>_ Complication mécanique</li><li>_ Blocage alimentaire</li><li>_ Sténose de l'anastomose</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>_ Carence en vit. B1</li><li>_ Syndrome Gayet Wernicke (!!! Si Alcohol)</li></ul>
Dénutrition protéique	Alimentation pauvre en protéines
Carence en fer	Carence d'apport
Déficit en B12	<ul style="list-style-type: none"><li>_ Malabsorption, diminution d'apport, diminution du facteur intrinsèque</li><li>_ Carence d'apport</li></ul>
Déficit en vit D et Ca <sup>++</sup>	Malabsorption
Carence en folates	Malabsorption
Carence en Zn, Se, Mg	<ul style="list-style-type: none"><li>Malabsorption</li><li>Carence d'apport</li></ul>
Carence vit A, E, K	Malabsorption



## Explorations

## Traitements

- \_ OED
- \_ Gastroskopie
- \_ Laboratoire avec ionogramme et fonction rénale

Hospitalisation et hydratation IV

Dosage vit. B1 < 200 nmol/L

- \_ Hospitalisation pour ampoule de Neurobion en IV

- \_ Préalbumine ↓
- \_ Œdème

Supplémentation\*, aliments riche en protéines

- \_ Protifar (Nutricia)
- \_ Ressource protein instant (Nestlé)
- \_ Fresubin Protein Powder (Fresenius)

Protéines de lait mieux assimilées :

- \_ Barinutrics Whey nature (Barinutrics)
- \_ Pure Protein Whey naturel (FitForMe)

Ferritine <20 mg/l

- \_ Tardyferon
- \_ Si carence sévère, injectafer 1g 1x en hôpital de jour

Vit B12 ↓ < 200 ng/ml

- \_ Tribvit
- \_ NovoB12 en IM

- \_ PTH ↑
- \_ 25 OH vit D ↓
- \_ Densitométrie osseuse

- \_ D cure
- \_ Stéovit d3 forte
- \_ (Biphosphonate à discuter si T score < -2.5)

Folate érythrocytaire

Ac folique 1 à 5 mg/j

Dosage si suspicion clinique

- \_ Multivitamines avec oligoéléments
- \_ Correction spécifique

Dosage si suspicion clinique

Correction spécifique

\*Liste non exhaustive

## 5. Evolution des comorbidités et adaptation thérapeutique liées à la perte de poids

L'obésité est une maladie qui remet en cause le bien-être de l'individu en entraînant de nombreuses complications. La chirurgie bariatrique permet d'améliorer bon nombre d'entre elles voire même de les traiter.

Le nombre de médicaments pris par les patients opérés diminue de manière significative.

Les recommandations générales de la pharmacothérapie sont :

- \_ Privilégier une forme galénique adaptée  
(taille du comprimé, forme liquide, sans sucre ajouté)
- \_ Éviter les médicaments à effet retard
- \_ Éviter les médicaments pouvant engendrer un ulcère gastrique  
(AINS, Glucocorticoïdes, biphosphonates,...)



## Le diabète

- \_ Amélioration de l'HbA1C et du profil glycémique.
- \_ Management glycémique péri-opératoire
  - \_ Un mauvais contrôle glycémique accroît le risque d'infection, retarde la cicatrisation, augmente la durée de séjour.
  - \_ Haut risque d'hypoglycémie.
- \_ Suspendre ou diminuer les doses antidiabétiques :
  - \_ Les antidiabétiques oraux : généralement, on stoppe tous les antidiabétiques oraux (ADO) en péri-opératoire.

	Pré-opératoire	Péri-opératoire	Post-opératoire
<b>Sulfamidés</b>	A poursuivre*	Stop	A voir avec l'endocrinologue
<b>Metformine</b>	48h avant	Stop	A voir avec l'endocrinologue
<b>Inhibiteurs DPP4 (januvia, onglyza)</b>	A poursuivre*	Stop	A voir avec l'endocrinologue

\* sauf le matin de l'opération

- \_ Insuline : L'insulinothérapie doit être diminuée rapidement (au moins 50 à 70 % de la dose).

En cas d'ADO pour hyperinsulinisme, ils seront stoppés en post-op immédiat.

## L'hypertension artérielle

A un an post-opératoire, on observe une nette amélioration des chiffres tensionnels.

- \_ Monitoring tensionnel
- \_ Ajustement des posologies au cas par cas
- \_ Poursuivre les traitements de prévention secondaire et adapter si nécessaire

### a) Les diurétiques

- \_ attention risque de déshydratation et de troubles ioniques si reprise de l'alimentation non correcte.
- \_ suspendre si hypotension.

### b) Les beta-bloqueurs

Durant la période péri-opératoire chez les patients à haut risque cardiovasculaire :

- \_ pas de diminution brutale
- \_ garder la dose pré-opératoire

Durant la période post-opératoire, maintenir si insuffisance cardiaque ou pathologie coronarienne.

### c) Les IEC et Sartans

Diminution des doses ou suspension dans le post-op immédiat vu le risque d'insuffisance rénale aigue sur déshydratation.



## Le syndrome d'apnée du sommeil (SAHOS)

De nombreuses études démontrent une nette diminution du nombre d'apnées après la chirurgie bariatrique chez 80 % des patients.

Après la perte de 15 kg, on peut s'attendre à une amélioration de l'index apnées.

Un contrôle par polysomnographie est réalisé à 6 mois post-chirurgie pour adapter l'utilisation de la CPAP.

## La dyslipidémie

La diminution du tissu adipeux viscéral entraîne une amélioration du profil lipidique et une augmentation du HDL cholestérol chez 70-94 % des patients.

Il est important de suivre biologiquement le profil lipidique afin d'adapter la posologie ou stopper le traitement.

## 6. Conséquences à long terme de la chirurgie

### Les principaux symptômes digestifs après la chirurgie bariatrique

a) **Diarrhées et flatulences** sont les plus fréquentes (> 40 % des patients).

Les flatulences sont responsables d'un inconfort pour le patient. Elles sont liées à la modification du microbiote et du temps de contact entre les aliments et la lumière intestinale (spécifique du bypass).

Traitement : \_ augmenter l'apport en eau,  
\_ réduire l'apport en lactose et en graisses  
\_ prébiotiques et probiotiques, lactase  
\_ Loperamide / charbon de bois  
\_ mesures hygiéno-diététiques : mastiquer lentement, ne pas boire en mangeant, pas de boisson gazeuse et fractionner l'alimentation

b) **Constipation** (causée par l'hydratation insuffisante, par les médicaments et par les suppléments : fer, calcium)

Traitement : \_ augmenter l'apport en eau  
\_ augmenter la consommation de fibres

c) **Blocage alimentaire**

Propositions : \_ faire au moins 15 mastications par bouchée  
\_ éviter les aliments trop secs  
(privilégier la cuisson à basse température)

#### **d) Vomissements (30 à 60 % des patients)**

Ils sont habituels en post-opératoire quel que soit la chirurgie, souvent durant le premier mois post-op, liés à un apport alimentaire inapproprié. A plus long terme, des vomissements peuvent également être présents dans des conditions de “stress”.

- Mesures :
- \_ fractionner les repas
  - \_ diminuer les volumes
  - \_ mastiquer
  - \_ éviter les aliments trop secs

#### **e) Tolérance alimentaire**

Certains aliments sont parfois plus difficiles à tolérer durant une période transitoire.

#### **f) Déshydratation**

- \_ vomissements
- \_ prise insuffisante de liquides
- \_ changement de goût

- Propositions :
- \_ s’hydrater en dehors des repas
  - \_ éviter les boissons pétillantes
  - \_ une consommation de 1,5 l/jour est recommandée

#### **g) Reflux gastro-oesophagien**

Le bypass traite le reflux gastrique et la sleeve peut le créer voire l’aggraver

## Dumping tardif et précoce

On on distingue trois tableaux cliniques :

- a. l'hypoglycémie préprandiale
- b. le dumping précoce
- c. l'hypoglycémie hyperinsulinique tardive ou dumping tardif

### a) L'hypoglycémie préprandiale

Liée à une perte pondérale rapide et prolongée, à une restriction alimentaire volontaire et à des horaires irréguliers.

Habituer les patients à restructurer leur journée alimentaire, fractionner leurs repas et diversifier les repas.

### b) Le dumping précoce

Le malaise, le plus fréquent après un bypass gastrique, est lié au passage rapide des aliments dans l'intestin. Les symptômes surviennent entre 15 et 60 minutes après la prise alimentaire. Les symptômes les plus communs sont : baisse d'énergie soudaine, tremblements, sueurs,... Ne pas se re-sucrer.

c) **Le dumping tardif** (hypoglycémie tardive hyperinsulinique) est le plus rare et est potentiellement invalidant. Il est lié à la qualité des aliments et est la conséquence d'une réponse inappropriée de l'insuline. Les symptômes surviennent à partir de 60 minutes après la prise alimentaire. Il faut fractionner son alimentation. Les dumping peuvent survenir suite à la consommation d'aliments riches en graisse et/ ou en sucre.

## Caractéristiques des dumpings précoce et tardif

<b>Dumping précoce</b> 0-60 minutes après le repas	<b>Dumping tardif</b> 60-240 minutes après le repas
<p><b><u>Physiopathologie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Passage rapide et direct d'aliments dans l'intestin</li> <li>_ Appel d'eau dans la lumière intestinale</li> <li>_ Hypovolémie systémique</li> <li>_ Sécrétion d'hormones gastro-intestinales</li> </ul>	<p><b><u>Physiopathologie</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Passage rapide et direct d'aliments dans l'intestin distal</li> <li>_ Absorption rapide du glucose</li> <li>_ Augmentation de la sécrétion et de la sensibilité à l'insuline</li> <li>_ Sécrétion d'hormones gastro-intestinales (GLP-1)</li> </ul>
<p><b><u>Symptômes gastro-intestinaux</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Douleurs abdominales</li> <li>_ Diarrhées</li> <li>_ Borborygmes</li> <li>_ Sensation de plénitude abdominale</li> <li>_ Nausées</li> </ul>	<p><b><u>Symptômes (hypoglycémie)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Sudation</li> <li>_ Palpitations</li> <li>_ Agitation</li> <li>_ Faim</li> <li>_ Fatigue</li> <li>_ Confusion</li> <li>_ Syncope</li> </ul>
<p><b><u>Symptômes vasomoteurs</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Flushing</li> <li>_ Palpitations</li> <li>_ Sudation</li> <li>_ Tachycardie</li> <li>_ Hypotension</li> <li>_ Syncope</li> <li>_ Fatigue</li> </ul>	
<p><b><u>Traitement</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Identifier les aliments à risque</li> <li>_ Réduire la vitesse de prise alimentaire</li> </ul>	<p><b><u>Traitement</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Conseils diététiques</li> <li>_ Acarbose (Glucobay)</li> <li>_ Chirurgie</li> </ul>

## Dentition

Les carences nutritionnelles vont majorer les problèmes de dentition. Un suivi chez le dentiste est fortement conseillé.

## Chute de cheveux

La perte de cheveux après la chirurgie de l'obésité est très fréquente. Elle est **appelée effluvium télogène** et est liée au cycle de croissance des cheveux.

Elle dure rarement plus de 6 mois.

Quelles sont les raisons invoquées à la chute des cheveux ?

- \_ chirurgie, maladie aiguë, traumatisme
- \_ maladie chronique (hépatopathie...)
- \_ hypothyroïdie
- \_ certains médicaments (anticoagulants, bêtabloquants...)
- \_ anorexie, carence en fer, faible apport en protéines
- \_ la perte de poids rapide

Quelles sont les options de traitement ?

- \_ des conseils diététiques sont nécessaires (vérifications des apports caloriques et protéiques)
- \_ un complexe multivitaminé spécifique avec vitamine B, acide folique, zinc et de la biotine (Pilos, Omnivit Cheveux, Alline, cystine B6...)
- \_ si carence en fer, ajouter du fer

## Lithiase rénale

Le risque de lithiase rénale est augmenté chez les patients obèses après une chirurgie bariatrique pour deux raisons : la faible hydratation et l'excès d'oxalates. Le court circuit intestinal va augmenter l'absorption digestive des oxalates et leur élimination urinaire. L'hydratation doit se faire en dehors des repas.



## Dysthyroïdie

Il existe une grande variabilité interindividuelle en besoin en T4 (dépend de l'âge, du sexe, de la masse maigre, de la taille, du BMI...).

Un monitoring régulier de la TSH est nécessaire.

## Dépendance à l'alcool

Après le by-pass, la réduction de la poche gastrique et sa vidange accélérée entraînent une absorption rapide et importante d'alcool au niveau du jéjunum.

De plus, le métabolisme de l'éthanol par l'alcool déshydrogénase dans l'estomac est nettement diminué.

Il est important d'informer le patient qu'une faible consommation d'alcool peut augmenter l'alcoolémie de manière disproportionnée.

Le risque de développer une dépendance à l'alcool après une chirurgie bariatrique est reconnu depuis longtemps et est lié, en partie, à un transfert de dépendance de nourriture vers l'alcool.

## Grossesse et contraception

Après une chirurgie bariatrique, toute grossesse doit être planifiée, supplémentée et suivie de manière spécifique. En effet, les carences post-opératoires après chirurgie bariatrique, qui ne sont pas prises en charge de façon adéquate, peuvent provoquer une augmentation de l'incidence des malformations fœtales. Il est donc conseillé que, dès le début de leurs grossesses, les patientes enceintes réalisent une biologie complète à la recherche de carences et doivent revoir le médecin nutritionniste.

# En conclusion

Le suivi du patient bariatrique est un suivi au long cours qui nécessite une collaboration entre le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire.

Le suivi est axé sur plusieurs points :

1. L'évaluation pondérale
2. L'évaluation quantitative et qualitative des apports nutritionnels  
**Attention aux carences protéiques et au dumping syndrome**
3. Dépistage des carences nutritionnelles et vitaminiques en réalisant une biologie de contrôle :

\_ la 1<sup>ère</sup> année à 3 mois et 9 mois

\_ la 2<sup>ème</sup> année : 1x/6 mois ; puis 1X/ an

<input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine	<input checked="" type="checkbox"/> TSH
<input checked="" type="checkbox"/> Hématocrite	<input checked="" type="checkbox"/> T4
<input checked="" type="checkbox"/> Globules rouges	<input checked="" type="checkbox"/> TGO
<input checked="" type="checkbox"/> Globules blancs	<input checked="" type="checkbox"/> TGP
<input checked="" type="checkbox"/> Ferritine	<input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique
<input checked="" type="checkbox"/> Saturation transferrine	<input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol
<input checked="" type="checkbox"/> Acide folique erythrocytaire	<input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides
<input checked="" type="checkbox"/> Vit. B12	<input checked="" type="checkbox"/> Vit. D
<input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Albumine
<input checked="" type="checkbox"/> Hba1c, si diabète	<input checked="" type="checkbox"/> Pré-albumine
<input checked="" type="checkbox"/> Urée	<u>Au cas par cas :</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Vit. A
<input checked="" type="checkbox"/> Acide urique	<input checked="" type="checkbox"/> Vit. B1
<input checked="" type="checkbox"/> Sodium	<input checked="" type="checkbox"/> Vit. E
<input checked="" type="checkbox"/> Potassium	<input checked="" type="checkbox"/> Selenium
<input checked="" type="checkbox"/> Chlore	<input checked="" type="checkbox"/> Zinc
<input checked="" type="checkbox"/> Calcium	<input checked="" type="checkbox"/> Cuivre
<input checked="" type="checkbox"/> Magnésium	

4. Encourager le patient à une activité physique régulière
5. Dépistage des complications chirurgicales (ulcères, sténose)

## Infos pratiques

- \_ Adapter les formes galéniques de vos patients
- \_ Adapter les anti-hypertenseurs et hypercholestérolémiants
- \_ Diminuer l'insuline, stopper les ADO
- \_ Adapter la C-PAP à 6 mois post-op
- \_ Ne pas hésiter à appeler le chirurgien (planifier un examen, revoir un patient).



**Citadelle**  
Hopital

