

Groupement Hospitalier de Territoire



 **Chirurgie de l'Obésité Saint Denis**
Avec Vous !



Suivi après chirurgie de l'obésité À l'attention des Médecins Traitants et des patients

JEAN MARC CATHELINÉ

**Chef de Service Chirurgie Viscérale
Centre Hospitalier de Saint Denis
93200 Saint-Denis**

A propos de Jean Marc Catheline

Le Docteur Jean-Marc Catheline, est le Chef du Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier de Saint-Denis, Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, et Membre Associé de l'Académie Nationale de Chirurgie.

Expert en chirurgie de l'obésité depuis les années 90, il a monté un programme de Chirurgie de l'Obésité au Centre Hospitalier de Saint-Denis en 2010, et a effectué à ce jour 3500 interventions de Chirurgie de l'Obésité. Son objectif a été d'organiser une prise en charge médico-chirurgicale globale de l'obésité avec endocrinologues, nutritionnistes, gastro-entérologues, psychologues, anesthésistes, gynécologues, et médecins du sport sur un même site.

Durant sa carrière, le Docteur Jean-Marc Catheline a mis au point des techniques chirurgicales, dont la sleeve gastrectomie et la re-sleeve gastrectomie, puis les a évaluées scientifiquement.

Contact

Doctolib : <https://www.doctolib.fr/chirurgien-visceral-et-digestif/saint-denis/jean-marc-catheline>

E-mail : jeanmarc.catheline@ch-stdenis.fr

Facebook: <https://www.facebook.com/jeanmarc.catheline>

SOMMAIRE

Préambule	3
1.Rappel des risques associés au défaut de suivi après chirurgie de l'obésité..	4
2.Que faire en cas de douleurs abdominales	6
3.Que faire en cas de reprise de poids	8
4.Que faire en cas de grossesse	9
5.Ordonnance de suivi type annuelle	11
6.Substitution vitaminique type	12
7.Exemple de suppléments en micronutriments	13
8. Risque osseux.....	14
9.Fertilité.....	15
10.Vers une plus grande implication des médecins généralistes.....	16

..

Préambule :

A l'heure actuelle, seul le traitement chirurgical de l'obésité permet d'obtenir un résultat durable sur la perte de poids et l'amélioration des comorbidités en cas d'obésité sévère ou massive. Mais cette chirurgie n'est pas sans risque et un suivi multidisciplinaire doit être organisé à long terme avec la collaboration des différents acteurs.

1. Rappel des risques associés au défaut de suivi après chirurgie de l'obésité

Le premier risque est la perte insuffisante de poids ou la reprise de poids à long terme. Les patients doivent recevoir régulièrement durant toute la vie des conseils et un soutien nutritionnel. L'objectif est d'optimiser les résultats de la chirurgie bariatrique et de réduire le risque de reprise de poids à long terme.

Le deuxième risque est l'absence de prise en charge des déficits nutritionnels. Les patients opérés sont exposés à long terme à des déficits en protéines, vitamines, et éléments trace. Ces carences doivent être dépistées par un interrogatoire ciblé et des bilans biologiques réguliers. Les supplémentations en vitamines et oligoéléments doivent être prescrites à long terme et adaptées en fonction des résultats des bilans biologiques.

Le troisième risque est la prise en charge inadaptée des modifications anatomiques digestives et des complications liées à la chirurgie. La méconnaissance des modifications alimentaires nécessaires après chirurgie bariatrique est souvent une cause de vomissements, régurgitations, diarrhées, et dumping syndromes.

Des douleurs et vomissements inexpliqués, persistants, doivent faire rechercher une cause mécanique, voire une urgence chirurgicale. Les patients doivent être informés de la nécessité d'une surveillance endoscopique régulière.

Le quatrième risque est l'absence de soutien psychologique en cas de nécessité. Certains patients ont des difficultés psychologiques en rapport avec les modifications du comportement alimentaire et de leur image corporelle. Le taux de suicide et le risque d'abus d'alcool sont élevés chez les patients opérés d'une chirurgie bariatrique, notamment après bypass gastrique. Il existe également un risque d'apparition ou de réapparition de troubles du comportement alimentaire.

Le cinquième risque est la perte de masse musculaire lié à l'absence d'incitation à l'exercice physique. Il existe une relation positive entre l'activité physique régulière et la perte de poids à long terme. Il est recommandé une activité physique avec une durée hebdomadaire entre 150 et 300 minutes.

Le sixième risque est le traitement inadapté des comorbidités associées à l'obésité. Après chirurgie bariatrique et à long terme, les comorbidités (diabète de type 2, syndrome d'apnée du sommeil, HTA, dyslipidémies) doivent être monitorées régulièrement, et leurs traitements régulièrement réévalués.

Le septième risque est la non prise en compte des modifications pharmacologiques qui sont les conséquences de la chirurgie de l'obésité. Les pharmacocinétiques de nombreuses drogues dont les anti-coagulants, les anti-épileptiques, les anti-VIH, et les hormones thyroïdiennes, peuvent être modifiées après chirurgie bariatrique. Ceci peut perturber leur efficacité et entraîner des effets indésirables. Les contraceptifs oraux doivent souvent être remplacés par des non oraux en cas de chirurgie malabsorptive.

Le huitième risque, est l'absence de prise en charge des problèmes spécifiques de la grossesse. La grossesse n'est pas recommandée dans les 12 mois qui suivent une chirurgie de l'obésité en raison de la perte de poids rapide pendant cette période associée à un risque élevé de carences nutritionnelles. Une supplémentation en vitamines, oligoéléments, et un suivi spécialisé sont indispensables durant la grossesse. La survenue de douleurs abdominales pendant la grossesse peut révéler des complications graves liées à l'antécédent de chirurgie bariatrique et qui nécessitent une prise en charge en urgence.

2. Que faire en cas de douleurs abdominales

En cas de doute, ne pas hésiter à consulter aux Urgences.

Les problèmes graves (Urgences ouvertes 7/24)

La fistule : Le risque majeur de la chirurgie de l'obésité est la fistule (trou entre l'estomac et l'intérieur de votre ventre, responsable d'infection), que ce soit pour la sleeve, le bypass, ou l'anneau. Il représente moins de 3% des complications de la chirurgie de l'obésité et survient habituellement dans les 30 premiers jours postopératoires.

Les signes d'une fistule sont : les palpitations, le besoin de respirer vite, la douleur dans le ventre et la fièvre. Le traitement nécessite une hospitalisation urgente et sera, soit une nouvelle intervention, soit un traitement endoscopique (prothèse en passant par la bouche et par l'intérieur de votre estomac), soit un traitement médical (antibiotique et alimentation par voie veineuse).

La colique hépatique : La perte de poids rapide augmente le risque de formation de calculs biliaires par la modification du métabolisme des sels biliaires. Bien prendre vos médicaments lors des 6 premiers mois (Cholurso®).

L'ulcère et l'inflammation de l'estomac : Cette complication réagit généralement bien au traitement médical par les inhibiteurs de la pompe à protons (Inexium®). Il faut parfois organiser une fibroscopie en cas de persistance des douleurs.

L'occlusion intestinale : Elle est due à des adhérences ou des hernies internes consécutives à l'intervention. Elle nécessite de venir en urgence car une nouvelle intervention est souvent nécessaire.

Mais les douleurs les plus fréquentes notamment en cas de Sleeve et à distance de la chirurgie sont liées à des remontées d'acidité de l'estomac.

Le reflux gastro-œsophagien : Normalement, les symptômes disparaissent à la suite du bypass gastrique mais il arrive qu'ils persistent ou qu'ils apparaissent chez le patient ayant subi une sleeve gastrectomie ou la mise en place d'un anneau gastrique. En général, les symptômes surviennent quand l'IPP est arrêté ou la dose insuffisante.

3. Que faire en cas de reprise de poids

Le regain de poids ou l'échec de perte de poids ?

La perte de poids des six premiers mois est rapide et le patient peut s'attendre à perdre environ 50 % de sa surcharge pondérale (à un rythme de 1 à 2 kg/ semaine).

Un patient très actif peut même perdre encore plus de poids. Si vous continuez à prendre du poids ou ne parvenez pas à en perdre, il est probable que vous mangez trop (trop de calories).

Parlez-en à votre médecin ou à une diététicienne pour modifier vos habitudes alimentaires. Une consultation avec votre chirurgien peut être nécessaire. Dans notre hôpital pour les patient opéré et suivi par nos soins nous proposons des ateliers ou des consultations de soutien diététique ou psychologique.

Mais on sait que 15 à 25 % des patients peuvent avoir besoin d'une autre chirurgie de l'obésité ou des modifications de traitement s'il existe un diabète associé.

4. Que faire en cas de grossesse

Il est conseillé d'éviter une grossesse dans les 12 mois suivant la chirurgie de l'obésité :

La fertilité est parfois très améliorée à la suite de la chirurgie bariatrique. On recommande une contraception non- orale (stérilet ou implant).

Il faut éviter les pilules oestroprogestatives en raison du risque d'embolie pulmonaire. Votre gynécologue doit être prévenu de votre projet de chirurgie de l'obésité.

Les femmes ne doivent essayer de concevoir qu'une fois leur poids stabilisé, c'est-à-dire plus d'un an après l'intervention. En cas de grossesse il faudra prendre ou reprendre la supplémentation en vitamine dès le début de la grossesse et pendant toute la grossesse.

En cas de grossesse, une coopération entre obstétricien, l'équipe de chirurgie bariatrique et le généraliste est essentielle.

Une supplémentation en multivitamines et oligoéléments (zinc,) est systématique, **quel que soit le type de chirurgie** durant la grossesse.

Il est de même indispensable d'avoir des prises de sang supplémentaires.

1. Supplémentation en multivitamines quotidienne pendant toute la grossesse contenant au moins 10 mg de zinc et ne contenant pas plus de 5000 UI (1500 µg) de vitamine A par jour.
2. Acide folique 0,4 mg par jour pendant 12 SA à condition de ne pas dépasser 1 mg/j avec la multivitamines
3. S'assurer que les apports protéiques sont supérieurs à 60 g/j (consultation diététique).

Selon les cas

- Vitamine B1 si carence initiale ou vomissements répétés (ne pas attendre le résultat pour traiter)
- Vitamine A si carence initiale ou chirurgie type ByPass ou autres dérivations
- Sélénium si carence initiale

- Cuivre si anémie réfractaire au fer
- Vitamines K, B6, C et PP si troubles neurologiques, carences multiples et profondes...

Les dosages doivent être faits avant la conception et une fois par trimestre

- Ionogramme, magnésémie, calcémie, phosphorémie, 25OH vitamine D, PTH, albuminémie, préalbuminémie, NFS, TP, coefficient de saturation, ferritine, vitamine B12, B9, zinc

5. Ordonnance de suivi type annuelle afin de détecter les carences à long terme (à vie après bypass et sleeve gastrectomie).

- NFS plaquettes
- Transaminases Gamma GT
- Glycémie, HbA1c (si diabète)
- Iono sang, créatininémie, albuminémie
- Calcémie phosphorémie
- Fer et coefficient de saturation, ferritine
- **Vitamine D**
- Vitamines B1, B9, B12
- Bilan lipidique

6. Substitution vitaminique pour éviter les carences

Les manques de vitamines provoquent les problèmes suivants :

Baisse des performances intellectuelles et de la productivité, fatigabilité à l'effort, susceptibilité aux infections, perte de cheveux, manque d'appétit, syndrome des jambes sans repos.

Conséquences des carences vitaminiques

1. B 1 - nausée, vomissement,
2. B5 - dépression, hypotension,
3. B12 - dépression, paresthésie,
4. Vitamine C - malaise, maladie des gencives,
5. Vitamine E - anémie, faiblesse musculaire,
6. Vitamine K - trouble de la coagulation,
7. Fer - fatigue, essoufflement,
8. Zinc - perte de cheveux,
9. Sélénium - fatigue, gonflement des jambes.

Les recommandations internationales préconisent systématiquement après bypass et sleeve gastrectomies : Des multivitamines + minéraux

7. Exemple de suppléments en vitamines et micronutriments après un bypass gastrique (à vie) ou en cas de sleeve (pour une durée de 18 à 24 mois)

Ordonnance 1

- Inexium® 20 à 80 mg par jour
- Cholurso® 1/j pendant les 6 premiers mois /Tardyferon B9® 1cp par jour /Alvityl® 2cp par jour
- Speciafoldine 0.4 mg 1/j
- NUTRYELT® 10 ml ½ flacon à avaler tous les 2 jours (peut se prendre dans un yaourt ou un jus d'orange)
- Uvedose 1 amp par mois ou Sterogyl® 600000 unités : une ampoule tous les 6 mois

Ou Ordonnance 2

- On peut remplacer dans l'ordonnance 1 Alvityl® et Elevit® et Nutryel®t par => AzincOptimal® 2/j que l'on trouve en pharmacie

Ou Ordonnance 3

- On peut remplacer dans l'ordonnance 1 Tardyferon B9® Speciafoldine Alvityl® et Nutryelt® et Sterogyl® par => 1 comprimé de FITFORME®
Appelez le 01 85 08 78 78

La supplémentation après la pose d'un anneau gastrique n'est pas prescrite à moins qu'elle ne soit indiquée par le résultat des analyses sanguines ou selon les antécédents diététiques.

8. Risque osseux

Il existe avec la chirurgie bariatrique un risque d'ostéoporose et de fracture. Il est important de normaliser les apports en calcium (plus d'un gramme par jour) et en protéines, obtenir une concentration de vitamine D entre 30 et 60 ng/ml, prévenir le risque de chutes et promouvoir une activité physique adaptée. Une évaluation du risque de fracture doit être faite (i) quel que soit l'âge en cas de By Pass mais aussi chez les patients à haut risque fracturaire, et chez toutes les femmes ménopausées et les hommes ≥ 50 ans quelle que soit le type de chirurgie.

Cette évaluation du risque de fracture repose sur des questions et sur la mesure de la solidité osseuse (ostéodensitométrie). Un traitement anti-ostéoporotique (acide zolédronique en première intention) est indiqué chez les femmes ménopausées et les hommes ≥ 50 ans en cas d'antécédent de fracture sévère quel que soit le T-score, de fracture non sévère avec un T-score ≤ -1 , et en l'absence de fracture si T-score ≤ -2 .

9. Fertilité

La fertilité peut être modifiée après la chirurgie.

Habituellement celle de la femme est améliorée et celle de l'homme peut être diminuée dans les premiers mois après la chirurgie.

Il est important d'en parler avec une équipe de procréation médicalement assistée si vous souffrez d'infertilité ou avez un projet d'enfant.

10. Vers une plus grande implication des médecins généralistes

D'après le rapport récent de l'Académie Nationale de Médecine concernant le suivi des patients après chirurgie bariatrique, la réponse actuelle de notre système de soins est insatisfaisante.

Il est admis que les chirurgiens doivent prendre en charge les complications chirurgicales et le suivi des opérés jusqu'à moyen terme. Les médecins nutritionnistes des Centres Spécialisés Obésité (CSO) et ceux des Centres labellisés SOFFCO-MM doivent assurer le suivi de ces patients à moyen et à long terme.

Mais ils ne sont pas assez nombreux. En conséquence, l'Académie Nationale de Médecine envisage une plus grande implication des Médecins Généralistes pour assurer le suivi à long terme des opérés d'une chirurgie bariatrique.



SCAN ME

