

FICHE MEMO : suivi en médecine générale d'un patient opéré d'une chirurgie bariatrique

QUAND ?

Le patient doit normalement être suivi tous les 3-4 mois la 1^{ère} année post chirurgie bariatrique, le suivi s'espace à 6 mois la 2^{ème} année. Il est en général assuré par l'équipe qui a encadré le patient pour sa chirurgie bariatrique.

Au-delà de 2 ans, le suivi doit être au moins annuel. Ce suivi peut être plus rapproché en cas de difficultés du patient.

COMMENT ?

CLINIQUE :

- **Suivi de l'évolution post chirurgie :**
 - Poids, taille, IMC, tracer la courbe de poids
 - Calculer [la perte d'excès de poids](#)
 - Il est habituellement attendu une perte d'excès de poids > 60-70 % au-delà d'un an après une chirurgie
 - Evaluation diététique : points clés
 - fractionnement avec 5 à 6 petits repas (moins de 300 ml soit l'équivalent d'un bol)
 - alimentation équilibrée, apportant suffisamment de protéines (environ 60 g par jour),
 - temps des repas suffisant (30minutes au moins), mastication +++
 - hydratation en dehors des repas : séparer les boissons et les aliments solides d'au moins 30 minutes
 - Évaluation de l'activité physique, avec une cible de 3 à 4h par semaine : facteur de stabilisation pondérale
 - Évaluer la prise régulière des vitamines
 - Évaluer l'humeur et la présence de troubles des conduites alimentaires
 - Évaluer le retentissement de l'excès de peau
 - Chez la femme en âge de procréer :
 - Pas de désir de grossesse : adapter la contraception (bypass : DIU ou implant car malabsorption ; sleeve : pas de contrainte particulière)
 - Désir de grossesse : la grossesse doit être préparée. La patiente peut être réadressée en consultation spécialisée
 - outil [bariaclis](#)
- **Réévaluer les comorbidités préexistantes à la chirurgie et leur récurrence :** diabète, HTA, stéatose, dyslipidémie, SAOS, arthrose, ...
 - Penser à réajuster les traitements
 - En cas de tabagisme actif, prescription d'IPP au long cours

- **Rechercher des complications de la chirurgie :**

- Neurologiques (liées à des carences vitaminiques) :
 - Examen neurologique simple à la recherche de troubles cognitifs, d'ataxie, de nystagmus, d'arguments pour un syndrome cérébelleux, pyramidal, ou une atteinte des voies sensitives superficielles et profondes
- Douleurs digestives, malaises : outil [bariaclac](#)
- Rechercher des signes de carences vitaminiques et/ou en oligoéléments (fer, calcium...) :
 - Tableau récapitulant les signes évocateurs de carences vitaminiques

vitamines	Signes évoquant une carence
A	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte oculaire : photophobie, baisse de l'acuité visuelle en particulier en vision nocturne, xérophtalmie, kératomalacie - Prédilection aux infections - Atteinte cutanée : sécheresse cutanée
D	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéomalacie: douleurs osseuses du bassin, thorax et rachis d'origine mécanique - Fractures - Baisse de la force musculaire
B1	<ul style="list-style-type: none"> - Atteinte neurologique prédominante: <ul style="list-style-type: none"> ○ périphérique: polyneuropathie sensitivomotrice ○ centrale: troubles mnésiques, troubles du sommeil; irritabilité, encéphalopathie de Gayet-Wernicke - Atteinte cardiaque: cardiomyopathie non obstructive: tachycardie, douleurs thoraciques, hypotension
B9 et/ou B12	<ul style="list-style-type: none"> - Atteintes hématologiques: Anémie macrocytaire, peut aller jusqu'à la pancytopenie - Atteinte des muqueuses : glossite, diarrhée - Signes neurologiques: sclérose combinée de la moelle, troubles des fonctions supérieures possibles surtout chez le sujet âgé
C	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome hémorragique avec purpura centré sur les follicules pileux et des hématomes faciles, hémarthrose Gingivite hypertrophique et hémorragique: parodontolyse possible - Arthralgies des grosses jointures, myalgies - Atteinte cutanéomuqueuse: ichtyose, oedèmes, alopecie, poils en tire-bouchon...

PARACLINIQUE :

Bilan biologique au minimum annuel :

- Numération formule sanguine
- 25 OH vitamine D3 (cible supérieure à 40 ng/ml)
- Ferritine (cible supérieure à 30 µg/l)
- Vitamine B9 globulaire (cible fonction de la norme du laboratoire)
- Vitamine B12 (cible supérieure à 300 pg/l)

Éventuellement en cas de by-pass

- Vitamine A (cible supérieure à 0.20 mg/l)
- Vitamine E (cible fonction de la norme du laboratoire)

Les autres vitamines, B1, B6, C, TP et les dosages d'albumine en fonction du contexte clinique (signes de carence, vomissements, grande asthénie)

En fonction des comorbidités préopératoires (diabète, stéatose, dyslipidémie, dysthyroïdie), penser à reconstruire la biologie correspondante.

TRAITEMENT VITAMINIQUE

Ce traitement est prescrit en prévention des carences. Il doit se prendre à vie.

Ordonnance type post by pass, pouvant s'appliquer par prudence pour une sleeve gastrectomy :

- Polyvitamines : 1/j (ex Elevit B9, ...) à 2/j (ex : Azinc)
- Calcium et vitamine D (1000 mg de calcium, 800 UI de vitamine D) : 1/j
- Fer : minimum 80 mg par jour, adapter à la ferritine
- Vitamine D : une ampoule de 80000 à 100000 UI per os tous les mois
- Vitamine B12 1 mg : une ampoule per os tous les 15 jours

En cas de carences avérées, il faut les traiter puis poursuivre le traitement préventif à vie

Pour plus d'info sur le traitement des carences : outil [bariaclic](#)

En cas de grossesse, ce traitement doit être réadapté.

QUAND REPRENDRE CONTACT AVEC L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE QUI A PRIS EN CHARGE LE PATIENT ?

- En cas de complications :
 - Neurologiques
 - Digestives : cf outil [bariaclic](#)
 - Carences vitaminiques
 - Reprise de poids
- En cas de désir de grossesse ou de grossesse en cours
- Malaises, hypoglycémies