

Unité Médico-chirurgicale de prise en charge de l'obésité

Document de suivi post-opératoire des patient(e)s opéré(e)s de chirurgie de l'obésité destiné au médecin traitant

Nécessité de suivi médical à vie

Votre patient(e) vient d'être opéré(e) d'une chirurgie de l'obésité, et nécessite donc d'un suivi médical à vie en raison des modifications fonctionnelles du tube digestif que la chirurgie a déterminé avec notamment les risques de carences de certaines vitamines et oligoéléments.

Le suivi sera plus rapproché pendant les 2 premières années (avec un bilan vitaminique tous les 6 mois et dans certains cas une ostéodensitométrie osseuse à 2 ans) et ensuite espacée à une consultation par an avec un bilan biologique par an (Numération Formule Sanguine, Glycémie à jeun, Bilan Lipidique, Ionogramme, Albumine plasmatique, Bilan Hépatique, TP Ferritine, Coefficient de Saturation de la Transferrine, Calcium, Phosphore, Magnésium, Zinc, Sélénium, Vitamines A, B1, B6, B9, B12, C, D). Le suivi va être assuré dans la période postopératoire et pendant les 2 premières années par l'équipe multidisciplinaire, éventuellement en collaboration avec des professionnels en ville.

Ensuite le patient peut poursuivre les contrôles auprès de son nutritionniste ou, en absence de problèmes particuliers et si vous le souhaitez, vous pouvez prendre le relai. Dans le cas où vous décidez de prendre le relai, l'équipe multidisciplinaire de Joseph Ducuing ainsi que ses collaborateurs en ville se tiennent à votre disposition pour répondre à toutes vos questions (par téléphone ou par mail selon vos préférences). Dans tous les cas il est conseillé de garder un lien avec l'équipe multidisciplinaire à travers un contrôle clinique tous les 5 ans, ce qui nous permet de mettre le patient à jour d'éventuelles nouveautés concernant le suivi postopératoire.

***Vous pouvez aussi trouver plein d'informations sur notre site internet:
www.obesite-toulouse.fr***

Pendant les 7 premiers jours postopératoires

Le patient doit **APPELER UN DES NUMÉROS INSCRITS AU BAS DE CE DOCUMENT S'IL RESSENT UN DES SIGNES SUIVANT :**

- Des douleurs abdominales (qui peuvent persister physiologiquement pendant quelques jours après la chirurgie) qui ne restent pas supportables ou ne diminuent pas avec le temps
- Douleurs aux mollets qui peuvent témoigner d'une phlébite (et du risque d'une embolie pulmonaire)
- Tachycardie avec fréquence cardiaque supérieure à 100 pulsations/min au repos (l'infirmière qui se charge des injections d'HBPM peut mesurer la fréquence cardiaque)
- Température supérieure à 37,8°C ou frissons
- Vomissements plusieurs fois par jour
- Signes de détresse respiratoire à type de dyspnée, orthopnée, tachypnée

Si le patient a des **agrafes métalliques** elles seront retirées par l'infirmière à domicile à partir de 7 jours après l'intervention. **S'il n'a pas d'agrafes**, les points sont sous-cutanés et résorbables en 6 semaines. Certains patients peuvent manifester des réactions allergiques aux fils mimant une infection cutanée, il faut simplement désinfecter les plaies jusqu'à disparition complète des fils. Si le patient a **un orifice de drain non encore fermé**, l'infirmière effectuera des pansements simples tous les 2 jours jusqu'à cicatrisation complète.

Pendant 1 mois le patient doit :

- Porter les bas de contention (prescrits en préopératoire) pendant la journée et contacter une infirmière qui lui pratique les injections d'HBPM selon le protocole prescrit avec une numération plaquettaire une fois par semaine
- Manger des repas fractionnés (c'est-à-dire des petites portions plusieurs fois par jour), avec une texture mixée, puis hachée puis normale selon les indications de la diététicienne
- Manger lentement, au calme, correctement installé et pas devant la télévision; mastication lente et déglutition progressive. La durée d'un repas doit être d'environ 30 minutes au minimum
- Atteindre au moins 1 heure après un repas avant de se coucher (risque de reflux)
- Boire 6 verres d'eau par jour minimum à distance des repas afin maintenir une hydratation correcte
- Consultez son médecin traitant pour le mettre au courant de l'intervention et des suites opératoires
- Garder une compote en gourde avec lui à utiliser en cas de malaise lié à une chute glycémique
- Faire de l'activité physique douce (éviter le sport intensif et de soulever des poids de plus de 5 kg)
- Bannir l'utilisation d'anti-inflammatoires pendant les premiers 3 mois après l'intervention

Un mois après l'intervention le patient doit revoir en consultation son chirurgien et sa diététicienne.

Pendant les premiers 3 mois après l'intervention l'utilisation d'anti-inflammatoires est contre-indiquée

Entre 3 et 4 mois après l'intervention le patient doit revoir son médecin nutritionniste en consultation. Il doit **effectuer au moins 15 jours avant** le bilan biologique qui lui a été prescrit à la sortie d'hospitalisation afin d'en montrer les résultats au médecin nutritionniste.

Pendant 3-6 mois après l'intervention le patient doit porter la gaine de contention qui a été prescrite en préopératoire (la gaine et l'activité physique sont les 2 seuls moyens dont on dispose pour limiter l'excès cutané lié à la perte pondérale rapide)

Une perte de cheveux, même relativement importante, est fréquente pendant la période de perte de poids massive (habituellement la première année postopératoire) et va s'estomper avec la stabilisation du poids. Il faut dans tous les cas s'assurer de l'absence de déficits vitaminiques et d'oligoéléments qui peuvent la favoriser.

Tout au long de sa vie le patient doit :

- **Continuer à manger équilibré** selon les indications que la diététicienne lui a fournies, ne pas hésiter à revoir sa diététicienne s'il en sent le besoin
- **Conserver une alimentation fractionnée en plusieurs prises par jour**, ce qui n'est pas compatible avec la pratique du Ramadan pour les patients de religion musulmane (la chirurgie de l'obésité représente un motif valable d'exemption)
- **Attendre au moins 1 heure après un repas avant de se coucher** (risque de reflux)
- **Pratiquer de l'activité physique régulière et adaptée**, ce qui signifie être le plus actif possible tout au long de la journée (se déplacer à pied ou en vélo, utiliser les escaliers et pas l'ascenseur, etc...) et pratiquer au moins 2 séances par semaine d'une activité encadrée de son choix
- **Ne pas boire des boissons gazeuses** (qui peuvent dilater l'estomac) ou **sucrées** (jus de fruits par exemple)
- **Ne pas fumer**, car le tabac peut favoriser des ulcères au niveau de l'estomac ou de l'anastomose gastro-jéjunale en cas de bypass avec possibilité de perforation et péritonite. En cas de besoin le patient peut consulter le tabacologue de l'hôpital.
- **Limiter les quantités d'alcool**, maximum un verre par semaine et jamais d'alcools forts : l'alcool est très calorique et présente une toxicité augmentée après chirurgie de l'obésité
- **Prendre des vitamines et des oligoéléments en complément de son alimentation** selon les résultats de bilans réguliers prescrits à ce propos. En cas d'arrêt prolongé, des déficits graves peuvent s'instaurer avec anémie, troubles neurologiques et de la vision, qui peuvent nécessiter d'une hospitalisation prolongée ou déterminer des complications irréversibles
- **En cas de prescription d'anti-inflammatoires ou d'aspirine** (sauf des dosages très bas d'aspirine jusqu'à 100 mg/j pour prévention cardio-vasculaire) associée à une protection gastrique par inhibiteurs de la pompe protonique à double dose et afin de minimiser le risque d'ulcère et de saignement: l'utilisation prolongée d'anti-inflammatoires est dans tous les cas à proscrire sauf prescription médicale bien motivée
- **En cas de reprise pondérale importante (plus de 5 kg)**, consulter sa diététicienne et/ou son médecin nutritionniste et éventuellement son psychiatre et/ou psychologue, qui peuvent l'aider à limiter la reprise de poids
- **En cas d'amaigrissement excessif (IMC <18) et/ou hypo-albuminémie extrême** consulter rapidement son médecin nutritionniste ou son chirurgien

Signes d'alerte qui doivent amener à consulter rapidement son chirurgien ou le service des urgences

(de l'hôpital Joseph Ducuing ou de l'hôpital le plus près) :

- Douleurs de l'épigastre et/ou de l'hypochondre droit évocatrices de lithiase biliaire (la perte de poids massive et rapide étant un facteur de risque important de lithiase)
- Douleurs épigastriques et/ou dysphagie (avec vomissements répétés) qui peuvent évoquer un ulcère anastomotique en cas de bypass
- Douleurs abdominales intenses (surtout si associées à des vomissements) sans explication qui peuvent être évocatrices d'occlusion intestinale par bride ou par hernie internes après bypass. Le pronostic peut être grave en cas de retard diagnostique
- Diarrhée gênant la vie sociale (plus de 3 épisodes par jour) avec douleurs crampiformes, qui peuvent être évocateurs de pullulation bactérienne après bypass
- Tout saignement digestif (méléna, hématomèse, réctorragie)

Les signes d'alertes peuvent survenir même des années après la chirurgie.

Évolution du poids après chirurgie:

En moyenne la perte pondérale va se faire par palier pendant la première année postopératoire et une stabilisation pondérale est atteinte en moyenne entre 12 et 18 mois après l'intervention. La perte pondérale attendue est très variable en fonction du patient et de son profil génétique et métabolique, ainsi que de la procédure réalisée. Elle représente en moyenne 20-40% du poids corporel total (on prend en compte le poids maximal atteint) ou 50-80% de l'excès du poids (mesuré comme la différence entre le poids maximal atteint et le poids idéal qui est celui à IMC 25). Pour des raisons purement mathématiques, pour les supers obèses (IMC>50) la perte pondérale se calcule seulement avec la première méthode (en pourcentage du poids total).

À noter que la perte de poids est physiologiquement importante pendant le premier 2 mois, pouvant atteindre jusqu'à 10-20 kg.

Enfin, il faut remarquer que l'objectif de la chirurgie de l'obésité n'est pas la perte pondérale, mais la perte de masse grasse. Lors de la période de perte pondérale, il faut pourtant essayer de minimiser la perte de masse musculaire et à ce propos, il est primordial d'encourager le patient à effectuer une activité physique régulière, raisonnable et adaptée.

Évolution des comorbidités après chirurgie:

L'évolution suivante peut être attendue :

- **Pour le DIABETE TYPE 2** une amélioration nette et rapide de l'équilibre glycémique, avec en certains cas une rémission complète. On parle de rémission et jamais de guérison car le diabète peut récidiver en cas de reprise pondérale massive. Les résultats sont inversement proportionnels à la durée et à la gravité du diabète, autrement dit, les meilleurs résultats sont obtenus chez les patients avec un diabète de découverte récente et ne nécessitant pas de doses importantes d'insuline. Le patient doit adapter le traitement du diabète selon les indications reçues en postopératoires puis en accord avec son diabétologue (une consultation dans le mois suivant la chirurgie est recommandée) afin éviter les hypoglycémies, car la glycémie tend à baisser très rapidement après la chirurgie.
- **Pour l' HYPERTENSION** une baisse progressive des valeurs tensionnelles en parallèle avec la perte pondérale. Il faut donc surveiller systématiquement la tension et réduire progressivement le nombre et le dosage des médicaments afin éviter les épisodes d'hypotension. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les diurétiques sont déconseillés pendant les premiers 3 mois après chirurgie de l'obésité en raison du risque accru d'insuffisance rénale.
- **Pour les DYSLIPIDEMIES** une amélioration nette en parallèle avec la perte pondérale, emmenant à l'arrêt éventuel des médicaments
- **Pour le SYNDROME D'APNEE DU SOMMEIL** une amélioration progressive en parallèle avec la perte de poids. En cas d'appareillage un contrôle avec le spécialiste de référence est à réaliser à 6 mois de la chirurgie pour décider si l'appareillage doit être poursuivi ou pas
- **Pour la STEATOSE HEPATIQUE** une amélioration progressive en parallèle avec la perte de poids. En cas de stéatohépatite avérée, fibrose ou cirrhose le suivi par un spécialiste (hépatologue ou gastroentérologue) est recommandée
- **Pour le PROBLEMES ARTICULAIRES** une réduction importante des douleurs. Les lésions au niveau des cartilages sont malheureusement irréversibles mais une perte de poids massive peut ralentir leur évolution

Pour les femmes en âge fertile :

- Une grossesse est fortement déconseillée dans les 18 mois après chirurgie car il y a un risque pour le futur bébé en raison de l'état de relative malnutrition qui s'associe à la perte de poids ; une contraception efficace doit être donc adoptée en accord avec le gynécologue ou le médecin traitant. Attention en cas de by-pass les contraceptifs oraux sont inefficaces car mal absorbés
- Passé ces 18 mois, en cas de désir de grossesse, celle-ci devra être préparée et suivie par le médecin nutritionniste

Les patients opérés de sleeve gastrectomie ou de bypass gastrique en oméga devront :

- Réaliser une gastroscopie tous les 5 ans après la chirurgie pour dépister un reflux gastro-œsophagien, qui peut rester asymptomatique (d'où l'importance du dépistage) mais nécessite d'une prise en charge spécifique

Les patients avec suivi psychiatrique et ou psychologique (indépendamment du parcours de la chirurgie) devront:

- Avoir un suivi rapproché pendant les premiers 6-12 mois voir plus longtemps si le psychiatre/psychologue l'estime nécessaire

- La posologie de médicaments à visée psychiatrique doit parfois être adaptée en cas de bypass en raison de la modification de l'absorption digestive de certains médicaments

Chirurgie réparatrice après perte de poids :

Le résultat esthétique de la chirurgie de l'obésité est très variable et dépende de plusieurs facteurs : âge, élasticité de la peau, degré d'obésité, présence d'un tablier abdominal préopératoire, activité physique, maladie associées, etc... Il est très difficile voir impossible de le prévoir. Les seuls moyens dont on dispose pour optimiser le résultat esthétique sont: l'activité physique et la gaine de contention abdominale que on prescrit à tous le patients en postopératoire. Toutefois, malgré toutes les mesures adoptées, après une perte de poids rapide et massive telle quelle qui est atteinte avec la chirurgie de l'obésité un excès cutané important et gênant au niveau esthétique et/ou fonctionnel peut en résulter.

Si vous le patient le souhaite, une chirurgie réparatrice pourra être réalisée à partir de 18 mois après l'opération, avec au moins 6 mois de stabilisation du poids. Toutes les interventions sont prises en charge par la Sécurité sociale à l'exception des seins (donc ventre, fesses, bras, cuisses), avec des éventuels dépassements d'honoraires si les opérations sont réalisées en privé.

Pour les femmes en âge fertile, avant de retoucher le ventre, il est recommandé d'attendre après toutes les grossesses souhaitées. La grossesse est une cause d'augmentation du périmètre abdominale qui peut abimer les résultats d'une éventuelle chirurgie réparatrice.

Si vous le patient le souhaite, son chirurgien pourra l'aider dans son choix et l'orienter vers un praticien qui pratique ce type d'interventions.

En cas de questions non urgentes vous pouvez nous contacter par mail :

Dr Pierrick Leblanc	Chirurgien	pleblanc@hjd.asso.fr
Dr Stéphanie BROUSSAUD	Endocrinologue-Nutritionniste	sbroussaud@hjd.asso.fr
Mme Viviane VIOLTON	Diététicienne	vviolton@hjd.asso.fr
Secrétariat Chirurgie Digestive		polechirdigestgastro@hjd.asso.fr

Si vous avez besoin de nous joindre par téléphone:

Secrétariat de chirurgie digestive : 05.61.77.34.35 - de 9h à 17h du lundi au vendredi (contacter en premier si possible)

Service des urgences : 05.61.77.34.15 - en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat