

CHIRURGIE
DE **L'OBÉSITÉ**
DE L'ADULTE

Informations thérapeutiques



PÔLE ABDOMEN ET MÉTABOLISME
SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE ET NUTRITION

INTRODUCTION

Vous aimeriez bénéficier d'une chirurgie de l'obésité. **La préparation nutritionnelle, psychique et comportementale est indispensable.** Votre motivation et les changements de certaines habitudes de vie seront les clés du succès. Au cours des mois à venir, vous allez entreprendre un grand nombre de démarches dans ce but.

Ce livret vous permettra de **vous informer et de vous expliquer les différentes étapes à suivre lors de votre engagement dans la chirurgie de l'obésité.** Il vous aidera à suivre le parcours médical avant le jour J puis à organiser votre suivi après la chirurgie, pour en retirer le meilleur bénéfice.

Vous pourrez y noter toutes les informations vous concernant. Toutefois, il ne remplace pas les informations données par l'équipe spécialisée en chirurgie de l'obésité que vous allez rencontrer.

Votre compréhension et votre implication sont essentielles pour assurer une bonne préparation et un suivi optimal. Notre équipe reste à votre disposition pour tous vos questionnements.

La chirurgie de l'obésité aide à perdre du poids durablement et à contrôler ces maladies, voire les faire disparaître. Néanmoins, se faire opérer est une décision importante et nécessite une bonne préparation.

Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause ;
- bien se préparer à cette intervention et à l'hospitalisation ;
- comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie, même si tout va bien.

Indications

Habituellement la chirurgie de l'obésité s'adresse aux patients de 18 à 65 ans, dont l'IMC est :

- égale ou supérieure à 40 kg/m²

OU

- égale ou supérieure à 35 kg/m² avec au moins une comorbidité :

- hypertension artérielle ;
- syndrome d'apnées du sommeil ;
- diabète de type 2 ;
- maladies ostéo-articulaires invalidantes ;
- maladie non alcoolique du foie ;
- ...

ET

- évaluation et prise en charge préopératoire pluridisciplinaire pendant plusieurs mois (minimum 6 mois - 1 an) ;
- échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et/ou psychothérapeutique bien conduit pendant plus de 6 mois ;
- patient bien informé au préalable ;
- nécessité comprise et acceptée par le patient d'un suivi chirurgical et médical la vie durant ;
- risque opératoire acceptable.

- Troubles cognitifs ou mentaux sévères non stabilisés.
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire.
- Dépendance à l'alcool et aux substances psycho actives licites et illicites.
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme.
- Contre-indications à l'anesthésie générale.
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée.
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical ou à prendre ses traitements la vie durant.

Contre-indications



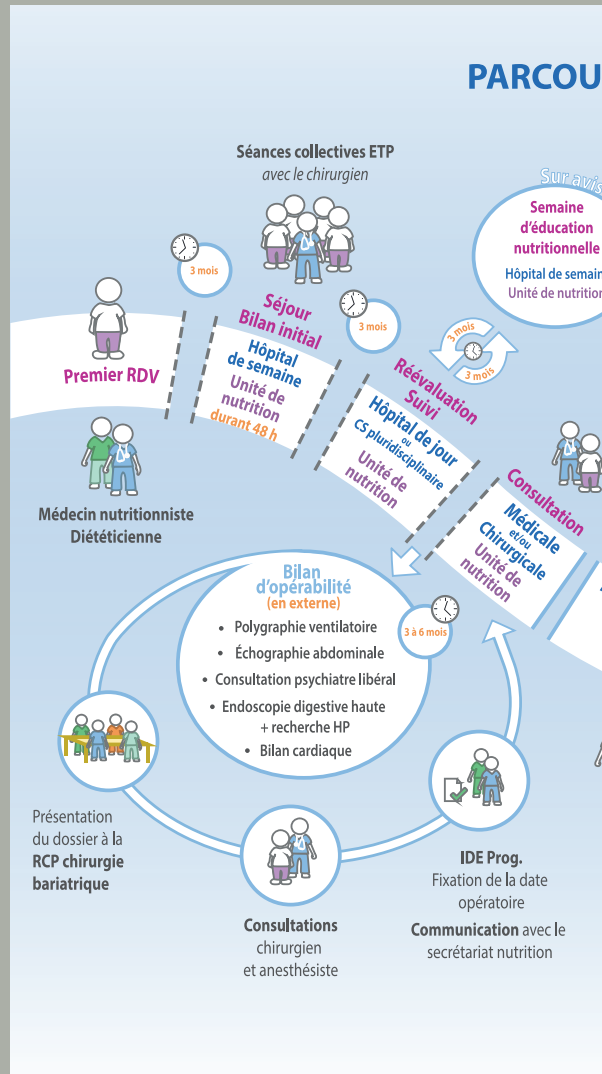
Déroulement de la prise en charge

La prise en charge chirurgicale de l'obésité repose sur 4 axes permettant d'obtenir et d'entretenir un bon résultat :

- Une prise en charge nutritionnelle et comportementale d'abord en préopératoire mais aussi en postopératoire.
- Une évaluation et un suivi psychologique préopératoire et post-opératoire.
- Une activité physique régulière en fonction des possibilités physiques en pré et post-opératoire.
- L'intervention chirurgicale.

En effet, l'intervention chirurgicale seule ne permet qu'un résultat moyen et de courte durée si les autres mesures sont négligées.

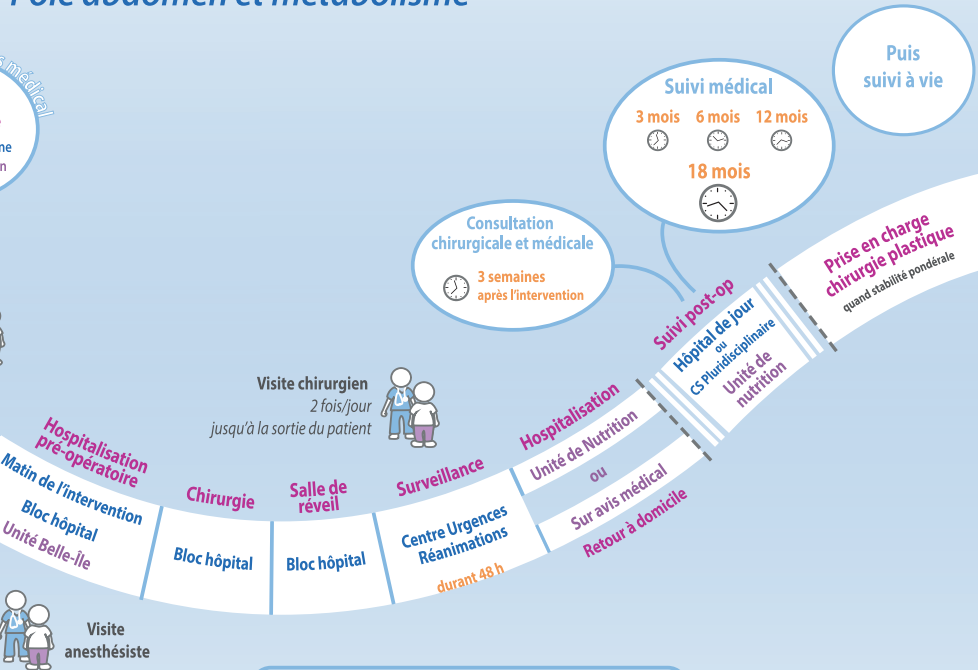
Il est donc proposé au patient un parcours préopératoire multidisciplinaire.






Avant la chirurgie

PARCOURS PRÉ-OPÉRATOIRE

PATIENT - CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ Pôle abdomen et métabolisme



-  Première douche au domicile la veille de l'intervention
Deuxième douche au domicile le matin de l'intervention
-  Arrêt de l'alimentation solide 6 h avant l'intervention
-  Boissons autorisées en faible quantité jusqu'à 2 h avant l'intervention

Recommandations pré-opératoires



La préparation nutritionnelle et psycho-comportementale à la chirurgie est **d'au minimum 6 mois**. Elle débute à compter de la 1^{re} consultation médicale et/ou diététique dans l'unité de nutrition (en consultation ou hospitalisation). Elle est réalisée par notre équipe pluridisciplinaire (médecin nutritionniste, diététicien, psychiatre ou psychologue, chirurgien, anesthésiste, etc.) qui va vous informer et vous examiner. **La durée réelle de la préparation à la chirurgie dépend de vos capacités à modifier votre mode de vie**, notamment via le fractionnement alimentaire et la pratique d'une activité physique, par exemple dans le cadre d'un programme de réentraînement à l'effort. Dans les faits, cette préparation peut se prolonger **au-delà d'1 an**.

Cette prise en charge multidisciplinaire a pour buts de réaliser :

- **Un bilan complet de l'obésité et de votre état de santé** afin de traiter, si ce n'est déjà fait, les maladies dont vous souffrez (carences nutritionnelles ou vitaminiques, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles cardiaques, syndrome d'apnées du sommeil ou autres troubles respiratoires, troubles articulaires, etc.).

- **Un bilan psychologique** afin de vous proposer, si besoin, une prise en charge psychothérapeutique. L'image que vous avez de vous-même est importante pour la suite, car certaines personnes ne se reconnaissent plus après la chirurgie. À l'inverse la chirurgie n'est pas une baguette magique pour tout changer dans la vie : si des problèmes vous pèsent, vous pouvez en parler.

La présence de troubles du comportement alimentaire contre-indique la chirurgie, donc une prise en charge spécifique est nécessaire. Un suivi par un psychologue sera proposé dans l'unité de Nutrition. Plusieurs séances sont habituellement effectuées pour une préparation optimale à la chirurgie.

Une consultation avec un psychiatre sera obligatoire pour établir un **certificat de non contre-indication**, document légal avant la chirurgie.

- **Un bilan de votre activité physique et de vos habitudes alimentaires**

Avant la chirurgie, il sera nécessaire **d'adapter votre alimentation** à la future réduction du volume de l'estomac et **d'initier ou d'intensifier une activité physique adaptée** à chaque patient. La marche rapide, le cyclisme (vélo d'appartement) ou la natation sont les plus simples à mettre en œuvre. En cas de difficulté, un suivi en centre de rééducation fonctionnelle peut être organisé.

- **Une information sur la grossesse pour les femmes en âge d'avoir des enfants.**

Durant cette phase de préparation, il est utile de rencontrer des patients déjà opérés, d'avoir le soutien d'associations de patients, afin de mieux comprendre les avantages et les risques de la chirurgie.

BILAN PRÉ-OPÉRAIRE

Après avoir mis en place les prises en charge **diététique, psychologique et comportementale, un bilan préopératoire** est réalisé.

Il est destiné à minimiser les risques de la chirurgie et à rechercher d'éventuelles contre-indications à certaines techniques chirurgicales.

Il comprend :

- Une consultation dentaire afin de vérifier l'absence de foyers infectieux bucco-dentaires et d'évaluer la capacité masticatoire.
- Une consultation cardiologique comprenant la réalisation d'un électrocardiogramme et d'une échographie cardiaque. Elle permet de vérifier l'absence d'une pathologie cardio-vasculaire non connue ou de réévaluer un trouble cardio-vasculaire déjà pris en charge.
- La recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil. La découverte de ce trouble nécessitera la mise en place d'un appareillage préopératoire mais ne contre-indique pas une intervention chirurgicale.
- La réalisation d'une endoscopie digestive haute pour rechercher une anomalie œsophagienne ou gastrique. Un reflux gastro-œsophagien ou une hernie hiatale seront une contre-indication à une sleeve gastrectomie. Une biopsie gastrique sera réalisée pour vérifier l'absence d'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* (si présente, un traitement permettra de l'éradiquer).
- La réalisation d'une échographie abdominale pour rechercher des calculs vésiculaires et évaluer la taille du foie qui pourrait éventuellement gêner l'acte opératoire.

En fin de parcours, lorsque l'indication chirurgicale est confirmée et que le type d'intervention a été choisi, une consultation d'anesthésie permettra d'évaluer le risque anesthésique.



Préparation à la chirurgie

ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE : MANGER MIEUX ET BOUGER PLUS !

Très tôt, avant même l'intervention, vous devez prendre de nouvelles habitudes alimentaires et réfléchir à une activité physique adaptée à votre état de santé, à vos goûts et à vos possibilités. Cette démarche comporte donc deux grandes parties, aussi importantes l'une que l'autre :

ALIMENTATION

Au cours de cette préparation, vous devez prendre l'habitude de manger comme si vous étiez déjà opéré c'est-à-dire fractionner les repas : 3 repas et 3 collations par jour. Le but est d'assurer une alimentation suffisante et de maintenir la petite taille de l'estomac après la chirurgie.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est indispensable et doit être régulière : 30 minutes tous les jours ou une heure 3 fois par semaine. Le but est l'entretien et le développement de la masse musculaire pour que la perte de poids en postopératoire ne concerne quasiment que la masse grasse. En effet, une des causes de reprise de poids après intervention est la perte de masse musculaire entraînant une diminution des dépenses en énergie, une faiblesse musculaire et une fatigue générale importante.

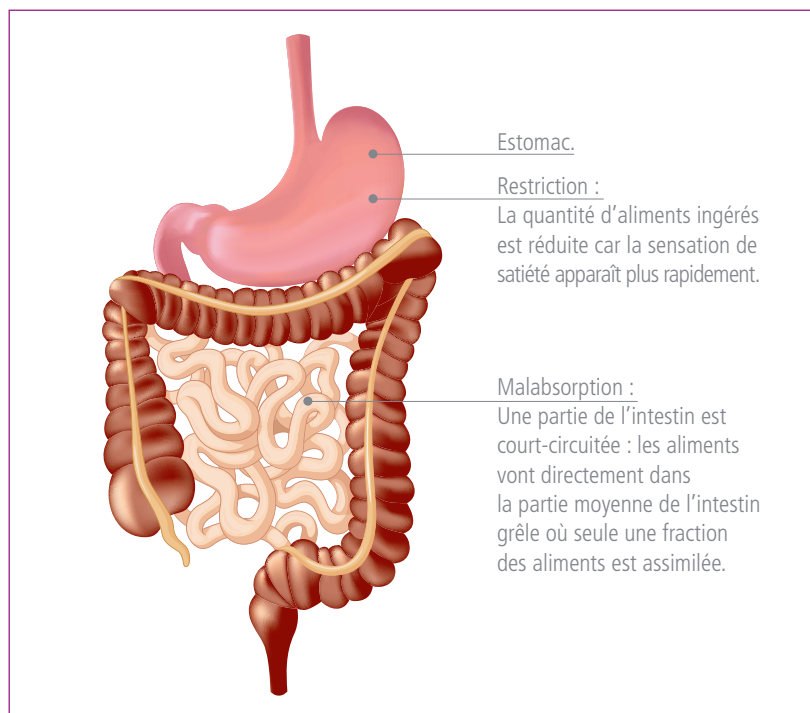
LA DÉCISION

À l'issue de la phase préparatoire, l'équipe pluridisciplinaire se réunit lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de chirurgie de l'obésité et rend un avis qui peut être de trois ordres :

- **Accord : l'intervention est envisageable.** L'équipe vous donne alors plus d'informations sur la technique opératoire choisie. Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous est proposée et une demande d'entente préalable est adressée à votre caisse d'assurance maladie.
- **Abstention : votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante.** Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.
- **La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas.** L'équipe pluridisciplinaire vous en explique les raisons et vous propose une autre prise en charge (non chirurgicale).

La chirurgie

Les deux principes chirurgicaux pour obtenir une perte de poids : la restriction gastrique et la malabsorption.



Il existe différentes techniques chirurgicales : anneau gastrique, by-pass, sleeve gastrectomie, et dérivation biliopancréatique.

Chaque intervention a ses avantages et ses inconvénients.

Au CHU de Rennes, l'équipe pluridisciplinaire vous propose les deux techniques les plus appropriées à votre situation, en fonction de vos besoins et de vos facteurs de risque :

- le by-pass ;
- la sleeve gastrectomie.



LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

BY-PASS

Principe

Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces éléments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé).

Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond, pour une personne de taille moyenne 1,70 m avec un IMC égal à 40 kg/m², à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg.

Durée moyenne de l'intervention :

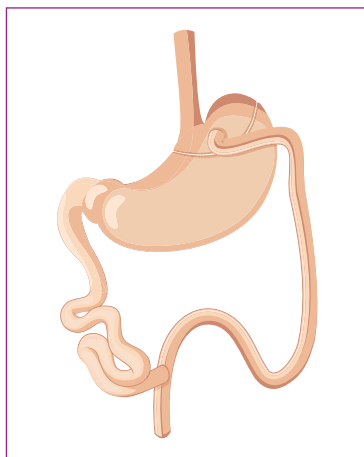
1h 30 à 3 heures

Durée moyenne de l'hospitalisation : 4 à 8 jours

Mortalité liée à l'intervention : 0,5 %

Principaux risques de complications

- Complications chirurgicales : ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.
- Carences nutritionnelles surtout si le traitement vitaminique n'est pas pris régulièrement.
- Complications fonctionnelles : hypoglycémies après le repas surtout si grignotage, dumping syndrome (sensation de malaise avec palpitations, mal de tête, nausées, diarrhées qui peuvent survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucre), constipation, pullulation microbienne.
- Calculs biliaires et rénaux.



SLEEVE GASTRECTOMIE

Principe

Technique restrictive irréversible qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac, et notamment la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). 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.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond, pour une personne de taille moyenne 1,70 m avec un IMC égal à 40 kg/m², à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg.

Durée moyenne de l'intervention :

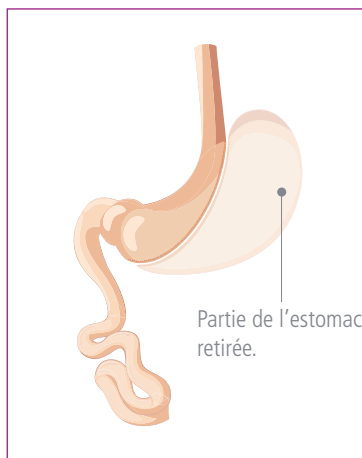
2 heures

Durée moyenne de l'hospitalisation : 3 à 8 jours

Mortalité liées à l'intervention : estimée à 0,2 %

Principaux risques de complications

- Fuite sur la ligne d'agrafes, ulcère ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant.
- Hémorragie postopératoire précoce.
- Carences nutritionnelles possibles en fer et vitamine B12 (à surveiller).
- Reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage.



ANNEAU GASTRIQUE AJUSTABLE

Principe

Technique restrictive réversible et temporaire qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.

Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche.

Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement.

Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier. **Des modifications alimentaires sont indispensables, sinon il y a un risque de vomissements ou d'échec.**

Seule technique ajustable. L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau.

Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Des contrôles radiologiques sont nécessaires lors des suivis.

L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complications, d'inefficacité ou sur demande du patient. L'anneau ne peut être laissé en place plus de 10 ans.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 20 à 40 % de l'excès de poids, ce qui correspond, pour une personne de taille moyenne 1,70 m avec un IMC égal à 40 kg/m², à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg.

En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.

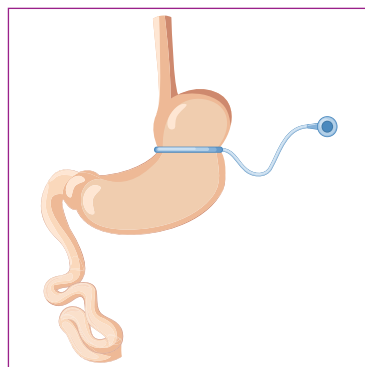
Durée moyenne de l'intervention : 1 heure

Durée moyenne de l'hospitalisation : 3 à 5 jours.

Mortalité liée à l'intervention : 0,1 %

Principaux risques de complications :

Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :



- Problème lié au boîtier : infection, déplacement du boîtier sous la peau, douleur au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier à l'anneau
 - Glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants, voire l'impossibilité de s'alimenter
 - Troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...)
 - Lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau).
- Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaires pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.

..... DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE

Principe

Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin

La taille de l'estomac est réduite par gastrectomie partielle (ablation de l'estomac) et l'intestin grêle est divisé en deux parties. L'estomac est raccordé à la partie servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas est raccordée à la fin de l'intestin grêle. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ; l'essentiel des aliments passe directement dans le gros intestin sans être absorbé.

Cette technique réservée aux patients avec IMC ≥ 50 kg/m² et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond, pour une personne de taille moyenne 1,70 m avec un IMC égal à 50 kg/m², à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg.

Durée moyenne de l'intervention : 4 à 5 heures

Durée moyenne de l'hospitalisation : 8 à 10 jours

Mortalité liée à l'intervention : 1 %

Principaux risques de complications

- Risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines).
- Risque important de mal absorption de médicaments.
- Complications fonctionnelles : diarrhées, selles malodorantes.
- Complications chirurgicales : ulcères, rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.



LA PHASE CHIRURGICALE

UNE SEMAINE AVANT

Vous devrez vous procurer des chaussettes de contention adaptées à votre taille dans votre pharmacie. Une ordonnance vous sera délivrée lors de la consultation avec l'anesthésiste ou le chirurgien.

Vous devrez arrêter toute contraception orale une semaine avant l'intervention.

LA VEILLE DE L'HOSPITALISATION

Vous devrez réaliser une douche avec un produit antiseptique pour désinfecter la peau selon le protocole remis par votre chirurgien. Vous devrez arrêter toute alimentation solide 6 heures avant l'intervention. L'ingestion de liquides clairs (eau, thé, café, jus de pomme) est permise jusqu'à 2h avant l'intervention.

LE JOUR J

Le matin de l'intervention, vous devrez réaliser une douche avec un produit antiseptique pour désinfecter la peau selon l'ordonnance et le protocole remis par votre chirurgien, et chausser vos chaussettes de contention.

Vous arriverez le matin même de l'intervention dans le service de chirurgie hépatobiliaire et digestive à 6h 45.

L'équipe infirmière vous accueillera et vous expliquera le déroulement de votre préparation à l'intervention.

Le médecin anesthésiste passera vous voir afin de vérifier l'ensemble du dossier anesthésique. Une injection sous-cutanée pour éviter la phlébite sera réalisée le soir (héparine de bas poids moléculaire).

L'intervention se déroulera au bloc opératoire de chirurgie hépatobiliaire et digestive au 1^{er} étage du bloc hôpital de Pontchaillou.

Les horaires de début de chirurgie ne sont que des estimations.

LE RÉVEIL

Après l'intervention, vous séjournerez en salle de réveil pendant deux à trois heures puis vous serez transféré en unité chirurgicale de soins continus pour une surveillance de 48 heures avant de retourner dans votre chambre dans l'unité de nutrition (J3).

Sauf exception, vous n'aurez pas de drain, pas de sonde naso-gastrique et pas de sonde urinaire.

Vous serez réalimenté dès J0 sous forme liquide.

Vous pourrez boire de l'eau et de la tisane le soir même de votre intervention.

L'équipe infirmière vous assistera pour le premier lever.

Votre chirurgien passera vous voir tous les jours jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

LA SORTIE

Si tout se passe normalement, vous pourrez rentrer à la maison entre le 3^e et le 7^e jour post-opératoire.

Avant de quitter l'hôpital :

- la diététicienne vous présentera votre programme de réalimentation progressive jusqu'au rendez-vous de suivi à 3 semaines. Elle vous remettra un document écrit ;
- le chirurgien vous remettra les ordonnances :
 - pour 15 jours : antalgiques et anticoagulants (héparine de bas poids moléculaire par injection sous-cutanée pour éviter la phlébite matin et soir), et chaussettes de contention ;
 - anti-ulcéreux (inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)) ;
 - à vie : supplémentation en polyvitamines (obligatoire mais non remboursée) ;
- ainsi que votre Arrêt de travail (2- 4 semaines) ;
- une brochure détaillant les recommandations post-opératoires vous sera remise ;
- rendez-vous d'hôpital de jour en nutrition couplé avec une consultation avec le chirurgien, dans 3 semaines.



Après la chirurgie

L'ALIMENTATION

La chirurgie doit être accompagnée d'une modification de vos habitudes alimentaires. Il est important d'être prêt à adapter son alimentation à cette nouvelle situation.

Après ce type d'intervention, vous devez vous préparer à réduire considérablement vos apports alimentaires et à favoriser les aliments qui permettent de couvrir vos besoins nutritionnels.

LES PREMIERS JOURS APRÈS L'OPÉRATION

- Votre alimentation devra avoir une structure lisse, sans morceaux pour ne pas léser vos cicatrices sur l'estomac et l'intestin. Il vous sera conseillé pendant cette période de consommer des potages, des purées, des laitages, des compotes...
- La diminution du volume de l'estomac entraîne la diminution du volume des prises alimentaires. Chaque prise alimentaire ne devra pas dépasser 125 ml (le volume d'un yaourt).
- La diminution du volume des repas entraîne de faibles apports en calories et en protéines. Afin de couvrir vos besoins nutritionnels, il vous sera demandé de fractionner votre alimentation (3 repas et 3 collations) et d'enrichir certaines préparations.

LES SEMAINES SUIVANTES

- La texture des préparations évoluera progressivement, sous réserve d'une mastication efficace.
- Le volume augmentera progressivement pour atteindre maximum 300 ml par prise alimentaire.
- Le fractionnement est à poursuivre sur 3 repas principaux et 3 collations, afin de maintenir un bon état nutritionnel.
- Toutefois une attention particulière sera portée à la qualité de l'alimentation notamment au niveau de l'apport en protéines et micronutriments.

À LONG TERME

Suivre une alimentation équilibrée, toujours en petites quantités.

- En privilégiant des aliments de qualité : lait et produits laitiers, viandes, poissons et œufs, fruits et légumes.
- En limitant les produits sucrés, les boissons sucrées, les grignotages, responsables de malaises (dumping syndrome) et d'une éventuelle reprise de poids.
- En mangeant lentement et dans le calme
- En mâchant correctement les aliments.

L'HYDRATATION

Après cette chirurgie, il est important de couvrir ses besoins hydriques pour éviter le risque de fatigue importante, de constipation régulière et d'agression des reins.

Il est vivement conseillé de boire au moins 1.5 litre d'eau par jour en petites quantités et à distance des repas.

Il faut éviter toutes boissons alcoolisées et gazeuses.

Tout au long de votre parcours, une équipe médicale pluridisciplinaire vous accompagnera dans ces changements, en vous transmettant des conseils personnalisés.

Vous ne devez pas oublier que la chirurgie de l'obésité n'est pas une baguette magique, qui vous fera perdre des kilos en trop, c'est une aide dans votre combat face à l'obésité.

Seul un changement durable de votre mode de vie (habitudes alimentaires et activité physique) permettra un réel résultat sur les affections liées à l'obésité et sur la perte de poids à long terme.

LA SUPPLÉMENTATION EN MINÉRAUX, VITAMINES ET OLIGO-ÉLÉMENTS

En fonction de vos bilans sanguins, de vos antécédents et de la technique chirurgicale choisie, le risque de carences en vitamines et minéraux peut être très important.

Votre chirurgien ou votre nutritionniste vous remettra une prescription de vitamines et de minéraux à prendre quotidiennement.

Cette prescription sera réévaluée en fonction des résultats biologiques périodiques de surveillance.

Certaines vitamines seront à prendre à vie.

LA PERTE DE POIDS

La perte de poids est variable en fonction des patients et du type d'intervention (cf. détail de chaque technique p. 8-13).

Nous vous conseillons de relever 1 fois par semaine les 6 premiers mois, puis 1 fois par mois, votre poids (dans les mêmes conditions) et de le tracer dans la courbe de poids à la fin du livret (p. 28).

Pour mieux prendre conscience de votre perte de poids vous pouvez vous prendre en photo avant l'opération puis chaque mois après l'intervention. La comparaison de ces photos vous permettra de vous aider dans la découverte de votre nouveau corps.



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

La modification de vos habitudes alimentaires ne constitue qu'une partie de votre investissement personnel. Vous devez également maintenir une activité physique régulière tout au long de votre vie.

Il faut consacrer du temps à l'écoute de son corps, prendre conscience de sa respiration, identifier ses postures, s'étirer ; pour cela un kinésithérapeute peut vous aider.

L'exercice doit être modéré, raisonnable, doux et prolongé.

Le premier mois, éviter toute activité physique intense et le port de charges lourdes (comme les enfants en bas âge par exemple). L'activité physique devra se limiter à une marche à pied quotidienne de 30 min à 1h en augmentant progressivement la durée, pour limiter le risque de complications.

Mais après, reprenez une activité physique régulière. Essayez de prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, de ne pas prendre la voiture pour les courtes distances...

Il est recommandé de faire 45 min de marche rapide au moins 3 fois par semaine.

L'activité physique vous aidera à maigrir tout en limitant la fonte musculaire mais aussi à diminuer vos risques de maladies coronariennes, d'ostéoporose, améliorer l'humeur, diminuer le stress...

Les bains ne sont possibles en piscine qu'à partir de 21 jours après l'intervention. Avant, la cicatrisation cutanée n'est pas terminée et l'eau peut avoir un effet creusant sur la plaie.

Le suivi

LE SUIVI MÉDICAL À VIE

POURQUOI ?

Après avoir subi une chirurgie de l'obésité, il est nécessaire que vous soyez suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire, en liaison avec votre médecin traitant, pour :

- évaluer votre perte de poids et prévenir la reprise pondérale ;
- vérifier votre bon état de santé ;
- repérer et prendre en charge d'éventuelles complications chirurgicales ou carences nutritionnelles, car celles-ci peuvent survenir tôt ou plus tardivement ;
- adapter si besoin les traitements ;
- vérifier votre adaptabilité aux nouvelles habitudes alimentaires et activités physiques.

PARTICULARITÉ DU PATIENT DIABÉTIQUE OPÉRÉ

Lors des premières semaines après la chirurgie, il faut revoir rapidement les traitements du diabète. Il existe un **risque d'hyglycémies** qu'il faut anticiper :

- certains médicaments seront arrêtés dès l'intervention chirurgicale (Byetta®, Byduréon®, Victoza®, Trulicity®) ;
- en cas de traitement habituel par insuline, les doses seront très fortement diminuées au décours immédiat de la chirurgie ;
- contrôlez fréquemment votre glycémie dans cette période de changements ;
- en cas de difficultés, contactez l'unité de Nutrition (tél. 02 99 28 96 46) ou l'unité d'endocrinologie-diabétologie à l'hôpital Sud (tél. standard CHU Rennes : 02 99 28 43 21 et demander l'unité Trémolières).

LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

L'opération chirurgicale est un acte de changement qui doit s'accompagner de votre volonté pour qu'il soit une réelle transformation intérieure.

La chirurgie va vous aider à perdre du poids mais elle ne résoudra pas vos problèmes personnels.

La perte de poids qui suit l'intervention, va révéler en vous des sentiments contradictoires. Un grand soulagement dû à la perte de tous ces kilos... mais aussi une fragilité due à la nouvelle situation dans laquelle vous vous trouvez maintenant :

- transformation de l'image de soi ;
- regard des autres ;
- changements dans la vie de couple ;



- changement de la libido ;
- fatigue ;
- rapport à l'estime de soi ;
- "reconnexion" à la vie sociale.

Ces bouleversements sont tout à fait légitimes, n'hésitez pas à en parler à un spécialiste, à demander conseil à l'équipe pluridisciplinaire, ou à prendre contact avec une association de patients.

Attention, car ces bouleversements peuvent conduire à une dépression, des idées suicidaires, et l'apparition d'addictions, notamment à l'alcool.

Vie de couple, contraception et grossesse

VIE DE COUPLE

Vous avez changé. Plus actif, plus sensible. Cela faisait si longtemps que vous étiez enfermés dans ce poids, triste, avec une mauvaise image de vous-même.

Il faut vous reconstruire. Cela va prendre du temps. Votre conjoint est directement concerné, cela fait aussi beaucoup de changements pour lui, il n'y était pas forcément préparé. Parlez-en ensemble, l'important est de communiquer.

N'hésitez pas à recourir à la psychothérapie de couple pour vous aider à mieux vous comprendre, sans colère. Il n'y a pas de honte. C'est fréquent.

CONTRACEPTION

Une contraception efficace est impérative les 18 premiers mois. Il conviendra de revoir avec votre gynécologue une contraception adaptée. **ATTENTION la pilule œstroprogestative n'est pas recommandée après un by-pass** car elle peut devenir inefficace (risque de mauvaise absorption).

GROSSESSE

Il est grandement conseillé d'éviter d'être enceinte dans les 18 premiers mois qui suivent votre intervention. Si vous avez le projet de concevoir un enfant parlez-en à votre médecin nutritionniste ou endocrinologue qui vous a suivi tout au long de votre parcours chirurgical.

En cas de grossesse, il est très important de prévenir votre médecin nutritionniste, car il sera amené à adapter votre supplémentation en vitamines et minéraux et à rapprocher les bilans.

Chirurgie réparatrice

Une perte de poids importante : peut entraîner un surplus de peau au niveau des bras, de l'abdomen, des cuisses...

Il est important pour limiter cet effet de pratiquer régulièrement une activité physique.

Cependant une chirurgie réparatrice peut être envisagée après stabilisation de votre poids (minimum 18 mois après votre chirurgie de l'obésité).

Après accord de votre chirurgien et/ou de votre médecin nutritionniste ou endocrinologue, vous pouvez prendre contact avec le service de chirurgie plastique du CHU de Rennes pour en discuter.

Sous certaines conditions, cette chirurgie peut être prise en charge par la Sécurité sociale.



Complications et bénéfices de la chirurgie

COMPLICATIONS

Les complications peuvent être d'origine médicale entraînées par les conditions physiologiques préopératoires (comorbidités).

Il s'agit d'une chirurgie comportant des risques de complications comme tout acte invasif. Il existe notamment un risque très faible de **décès** ou de problèmes cardiaques surtout ischémiques, une embolie pulmonaire, une défaillance multi-viscérale survenant lors d'une fistule.

La fréquence de la mortalité s'élève à moins de 0,5 %.

Des complications liées au montage chirurgical peuvent survenir :

- pendant l'intervention : hémorragie, plaie de l'intestin lors de la manipulation ;
- dans les jours suivant l'intervention : fistule d'une anastomose ou de ligne d'agrafes, sténose d'une anastomose, plaie de l'intestin manipulé, abcès pariétal ;
- au-delà de deux mois après le by-pass : hernies internes, dilatation de poche gastrique, sténose de l'anastomose gastro jéjunale, apparition d'une lithiase biliaire ;
- au-delà de 2 mois après la sleeve : ulcères sur la ligne d'agrafe, reflux gastro-œsophagien.

QUE PEUT-ON ATTENDRE COMME AMÉLIORATION APRÈS UNE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ?

AMÉLIORATION DES COMORBIDITÉS

L'hypertension artérielle

Elle sera souvent améliorée après l'intervention mais peut ne pas disparaître complètement. Une réduction du traitement est habituelle et sera surveillée par le cardiologue et le médecin traitant.

Les troubles lipidiques (cholestérol, triglycérides, LDL et HDL cholestérol)

Ils seront corrigés rapidement si le patient suit le régime alimentaire préconisé. L'amélioration est principalement liée à la qualité alimentaire. Le cholestérol sanguin peut rester élevé car il peut être synthétisé en trop grande quantité par le corps et nécessite alors un traitement par statines.

Le diabète

Après l'intervention chirurgicale, on note rapidement une amélioration du diabète. **Attention au risque d'hypoglycémies, surtout après by-pass !** (voir p. 19) Lorsque le diabète est récent, sans nécessité d'administration d'insuline, ni complications associées, il est habituel d'obtenir une rémission durable sans aucun traitement médicamenteux. Dans le cas d'un diabète de plus de 10 ans, ou nécessitant un traitement par insuline, les rémissions sont

rare mais on observe une très nette amélioration de l'équilibre glycémique permettant de diminuer voire d'arrêter certains traitements. L'effet positif sur le diabète tend à diminuer avec les années.

Le poids

Une perte de poids conséquente est obtenue après la sleeve gastrectomie, et le by-pass gastrique. L'indice de masse corporelle peut revenir dans les limites de la normale, <25. Chaque patient aura son propre parcours (diététique, exercice physique, psychologie). La perte de poids peut être plus modeste. **Après 2-3 ans, une reprise de poids peut être constatée** notamment en cas de retour des mauvaises habitudes alimentaires ou de réduction du niveau d'activité physique (voir p. 18). Il est parfois possible d'envisager une révision chirurgicale.



Annexes

VOTRE MÉDECIN NUTRITIONNISTE

Dr

Vos notes et vos questions à poser au médecin nutritionniste

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE CHIRURGIEN

Dr

Vos notes et vos questions à poser au chirurgien

.....

.....

.....

.....

.....



LES AUTRES SPÉCIALITÉS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Dr

Vos notes et vos questions à poser au médecin anesthésiste

.....

.....

.....

.....

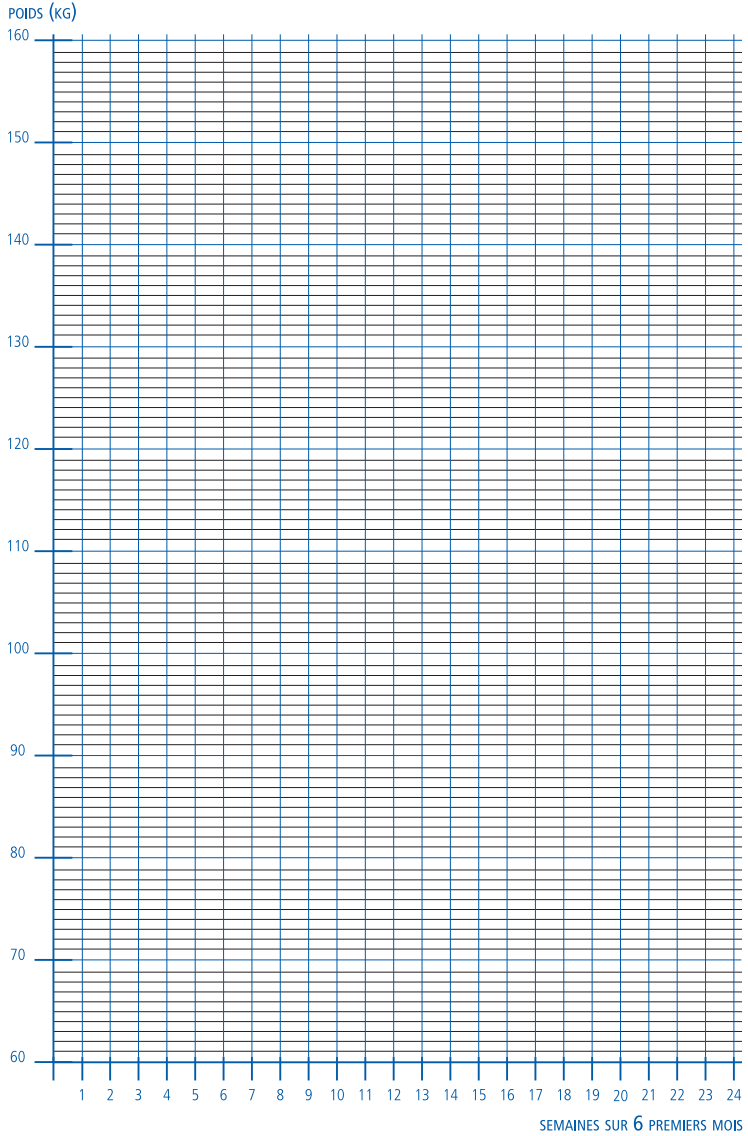
.....

.....

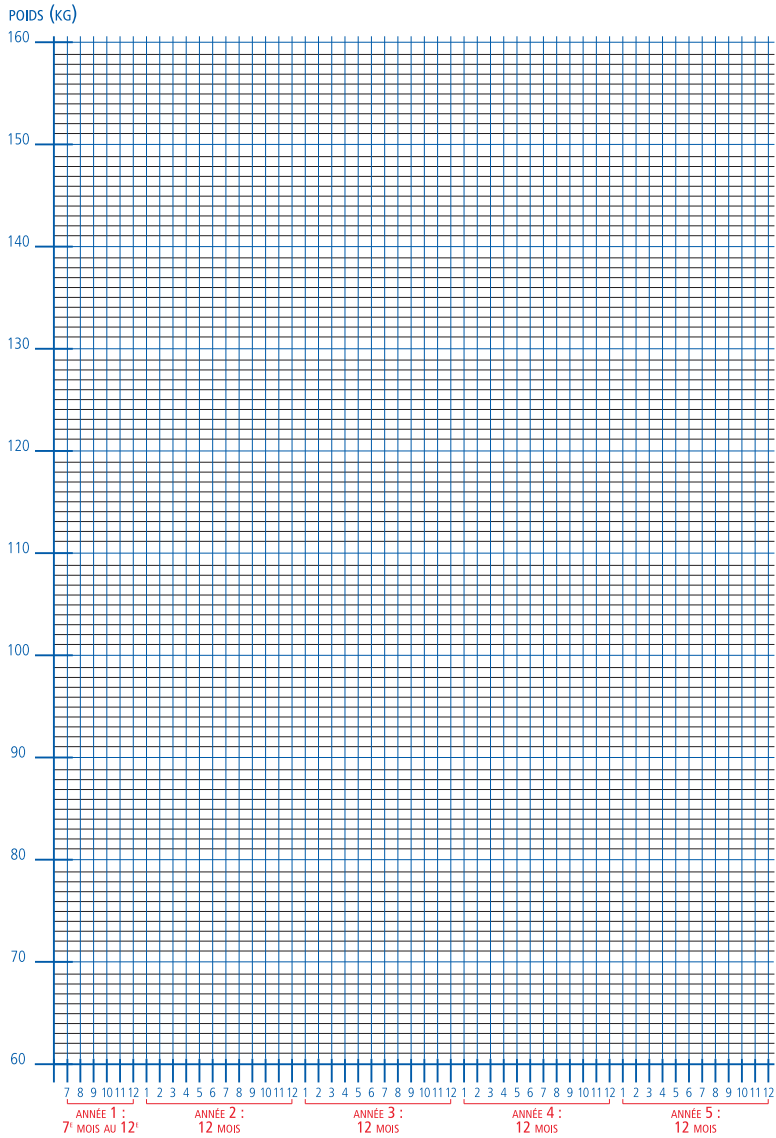
.....



COURBE DE POIDS (1 FOIS PAR SEMAINE LES 6 PREMIERS MOIS)



COURBE DE POIDS (1 FOIS PAR MOIS À PARTIR DU 7^E MOIS)



Conclusion

La chirurgie de l'obésité est une méthode efficace pour perdre du poids en excès.

Elle ne se suffit pas à elle-même et constitue un maillon dans une chaîne de modifications des habitudes de vie. **Une préparation nutritionnelle, psychique et comportementale est indispensable.**

La chirurgie de l'obésité doit obligatoirement être précédée et accompagnée d'une éducation nutritionnelle, d'une augmentation de l'activité physique et d'un suivi psychologique, pour obtenir un résultat satisfaisant et durable.

Les résultats à long terme sont conditionnés par le suivi post-opératoire régulier. Elle permet dans la majorité des cas de réduire voire de guérir les comorbidités.

Elle reste un outil efficace mis à la disposition du patient qui devra l'intégrer dans une modification globale de son mode de vie, pour avoir un résultat optimal.

À tout moment, l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique du CHU de Rennes reste à votre disposition.

Contacts

SERVICE DE CHIRURGIE HÉPATOBILIAIRE ET DIGESTIVE

Secrétariat du Dr Heithem Jeddou
Tél. 02 99 28 98 41

UNITÉ DE NUTRITION

Secrétariat des Dr Émilie Lascouts, Dr Élise Barbottin
et Pr Ronan Thibault
Tél. 02 99 28 96 46

UNITÉ D'ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE À L'HÔPITAL SUD

Tél. standard CHU Rennes : 02 99 28 43 21
et demander l'unité Trémolières

EN CAS D'URGENCE

Service de chirurgie hépatobiliaire et digestive
Dr Heithem Jeddou
Tél. 02 99 28 92 15 • e-mail : heithem.jeddou@chu-rennes.fr
Interne de garde par le standard : tél. 02 99 28 43 21,
puis demander le poste 85506

LES URGENCES DU CHU DE RENNES (HÔPITAL PONTCHAILLOU 24H/24, 7J/7)

Par le standard, tél. 02 99 28 43 21

RÉSEAU DIABÈTE OBÉSITÉ 35

2 rue du Bignon • Bâtiment 3 • 35000 Rennes
Tél. 02 23 35 49 81
email : reseaudiabete35@orange.fr
<http://www.reseaudiabete35.com/>



CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ DE L'ADULTE

Pôle abdomen et métabolisme
Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition



Unité de nutrition (hôpital Pontchaillou)

Secrétariat des Dr Émilie Lascouts, Dr Élise Barbottin et Pr Ronan Thibault
Tél. 02 99 28 96 46



Unité d'endocrinologie-diabétologie (hôpital Sud)

Tél standard CHU Rennes : 02 99 28 43 21 puis demander l'unité Trémolières



Réseau Diabète Obésité 35

2 rue du Bignon · Bâtiment 3 · 35000 Rennes
Tél. 02 23 35 49 81 · email : reseaudiabete35@orange.fr
<http://www.reseaudiabete35.com/>

