



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

L'EXCELLENCE POUR TOUS

TOUT CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR

LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DE L'OBÉSITÉ



CENTRE SPÉCIALISÉ OBÉSITÉ

Document destiné au patient

UNE CHIRURGIE POUR MAIGRIR ?



La chirurgie de l'obésité, encore appelée chirurgie bariatrique est un traitement particulier réservé aux situations d'obésité sévère. C'est une tricherie avec la nature qui peut vous aider à perdre du poids mais qui peut induire certains effets indésirables qu'il est important de connaître. Ce traitement particulier ne doit être proposé que par des équipes expertes et organisées.

L'unité de nutrition du centre hospitalier d'ARRAS a été reconnue Centre Spécialisé Obésité (CSO) par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) en 2012 comme 36 autres centres en France.



Membre du réseau « Obésité, Hauts de France », le centre hospitalier d'ARRAS est équipé d'un plateau adapté et dédié à l'accueil de patients obèses. Vous serez accompagné par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans l'aide à la prise en charge de l'obésité sévère.

SOMMAIRE

- P4..... Le mot du chirurgien
- P5..... Dans quels cas envisage-t-on la chirurgie pour maigrir ?
- P6..... Efficacité de la chirurgie : comment ça marche ?
- P8..... Anneau gastrique ou gastroplastie
- P10..... Gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy
- P12..... By-pass gastrique
- P14..... Déroulement de la prise en charge : plusieurs étapes
- P15..... La préparation médicale : « être prêt : une question de temps et de motivation »
- P16..... Le bilan pré-opératoire
- P17..... Le consentement éclairé : qu'est-ce que c'est ?
- P19..... Exemple de consentement éclairé
- P23..... L'intervention
- P24..... Le suivi post-opératoire
- P25..... L'alimentation post-opératoire
- P26..... Après l'intervention
- P27..... Les suppléments vitaminiques et les autres traitements après l'intervention
- P29..... J'envisage une grossesse : est-ce possible après l'intervention ?

■ ■ ■ LE MOT DU CHIRURGIEN



VOUS SOUHAITEZ RECOURIR À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

Ce document a pour objectif de vous exposer les situations qui permettent d'envisager la chirurgie de l'obésité, les différents types d'intervention réalisables avec leurs complications et leurs risques propres, leurs contraintes, les conditions d'un amaigrissement optimal après l'intervention, les résultats attendus à moyen et long terme ainsi que les conséquences de l'amaigrissement.

La chirurgie de l'obésité associée aux respects des conseils diététiques, à l'activité physique, et assortie d'un suivi multidisciplinaire illimité permet un amaigrissement durable. L'amaigrissement obtenu permet une amélioration de la santé (Hypertension Artérielle [HTA], diabète, apnée du sommeil...) au prix de risques opératoires maîtrisés.

Il ne s'agit pas d'interventions miracles et elles ne doivent pas être confondues avec des gestes de chirurgie plastique (dermolipectomie, liposuction...) qui ont une visée esthétique.

Quel que soit le type d'intervention choisi, son efficacité dépend essentiellement de votre adhésion sans réserve à la prise en charge multidisciplinaire que nous aurons élaborée ensemble.

■ ■ ■ GÉNÉRALITÉS

Toutes les interventions proposées sont habituellement réalisées par coelioscopie (technique utilisant de petites ouvertures réalisées dans la paroi abdominale). Cependant, parfois en cours d'intervention, nous pouvons être contraints de pratiquer une large ouverture, notamment si vous avez déjà été opéré auparavant au niveau abdominal.

La pose d'une sonde gastrique est parfois posée au cours de l'intervention. Elle est souvent difficile à supporter et peut éventuellement provoquer des douleurs comparables à une angine.

Les 3 types d'intervention que nous réalisons vous seront présentées avec pour chacune un schéma vous résumant le montage, leur mécanisme d'action, leurs risques de complication et leurs contraintes spécifiques.

■ ■ ■ DANS QUELS CAS ENVISAGE-T-ON LA CHIRURGIE POUR MAIGRIR ?

La chirurgie de l'obésité est actuellement un traitement efficace et durable de certaines obésités sévères (environ 20 ans de recul actuellement). Mais ce traitement n'est pas sans risque. C'est la raison pour laquelle, il ne peut être envisagé que dans certains cas.

Le risque le plus grave que l'on peut encourir lors de cette chirurgie est le décès. Il faut comprendre que les régimes sérieux ou farfelus que vous avez pu suivre, même s'ils n'ont pas été bons pour votre santé, n'ont jamais mis votre vie en jeu. Pas de risque de mourir avec un régime hypocalorique ! En revanche, on peut mourir d'une chirurgie de l'obésité ! Dans ces conditions, ce traitement ne peut pas être considéré à la légère et ne pourra être envisagé que si le risque opératoire est justifié en regard du risque que représente votre excès de poids pour votre santé. Le taux de mortalité varie selon le type de chirurgie et l'expérience de l'équipe.

Par ailleurs, le risque opératoire ne peut être acceptable que si l'obésité est dite : « sévère ».

L'obésité est définie selon des critères précis à l'aide d'une formule appelée Indice de Masse Corporel ou IMC.

L'indice de masse corporel se calcule à l'aide d'une formule :

$$\text{IMC en kg/m}^2 = \text{Poids en kg} / (\text{Taille x Taille) en m}^2$$

La classification des problèmes de poids est la suivante :

IMC	DIAGNOSTIC
En dessous de 18,5	Maigreur
De 18,5 à 25	Normal
De 25 à 30	Surpoids
De 30 à 35	Obésité de grade I
De 35 à 40	Obésité de grade II
Au dessus de 40	Obésité de grade III

Ne peuvent avoir recours à la chirurgie bariatrique que les patients qui présentent ou qui ont présenté par le passé, une obésité de grade III. De façon exceptionnelle, la chirurgie peut être retenue en cas d'obésité de grade II si celle-ci est responsable de complications de santé documentées liées au poids. Ces situations relèvent néanmoins d'un avis spécialisé.

Il est important de vérifier que vous présentez bien les critères requis en termes d'IMC. Le poids pris en compte sera le poids maximal atteint dans votre vie. Ce poids maximal doit être documenté c'est à dire prouvé par un document médical.

Attention : il existe des contre indications à cette chirurgie :

- problème de consommation d'alcool ou de drogue
- maladies psychiatriques et dépression sévère
- contre indication à l'anesthésie générale
- maladies graves récentes comme le cancer
- comportement alimentaire pathologique
- âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 60 ans
- (liste non exhaustive)

EFFICACITÉ DE LA CHIRURGIE : COMMENT ÇA MARCHE ?

Il existe différentes techniques chirurgicales qui vous sont expliquées dans les pages qui suivent.

Toutes les techniques vont vous contraindre à réduire le volume de vos repas. On dit qu'elles sont « restrictives ». Elles seront donc efficaces si vous êtes un gros mangeur au moment des repas. En revanche, elles seront inefficaces si vous grignotez de petites quantités d'aliments tout au long de la journée ou si vous buvez des boissons sucrées.

Certaines techniques avec dérivation d'une partie de votre intestin (by-pass gastrique) entraînent également une diminution de la digestion et de l'absorption de vos aliments.

Parfois, l'appétit est modifié après certains types de chirurgie transitoirement ou durablement.

Toutes les techniques ont des avantages et des inconvénients. Leur efficacité sur le poids peut varier d'un résultat qui paraît spectaculaire à une perte de poids très modeste. Quoiqu'il en soit, la chirurgie de l'obésité n'est absolument pas un traitement magique.

Elle nécessite :

- une bonne compréhension du principe de la chirurgie
- le respect des conseils alimentaires
- une activité physique régulière
- la prise en charge préalable d'un éventuel trouble du comportement alimentaire.
- une préparation pré-opératoire
- un suivi médical et nutritionnel à vie après l'intervention
- une prise de vitamines dont certaines toute la vie durant.

Sans l'ensemble de ces éléments, il est tout à fait possible que la chirurgie soit un échec et que vous ne maigrissiez pas !

Le soutien des proches dans votre projet est un atout, et ils sont les bienvenus au cours de certaines consultations, ou sur simple demande pour un entretien. Une consultation chirurgicale avec personne de confiance ou un proche est néanmoins impérative avant l'intervention.

EN RÉSUMÉ

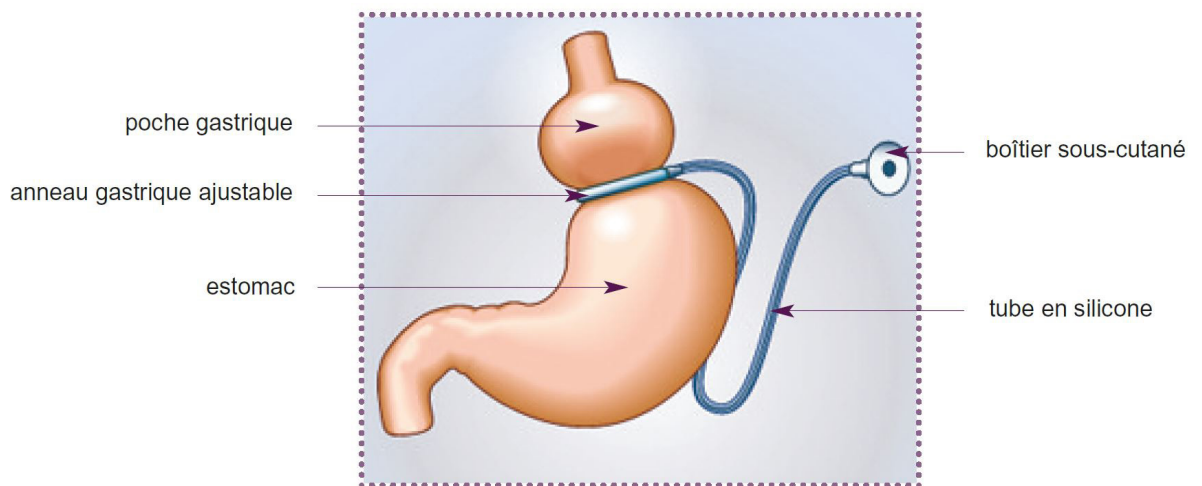
La chirurgie de l'obésité est une tricherie avec la nature dont l'efficacité sur le poids est variable. C'est un traitement risqué qui ne peut pas être envisagé sans évaluation de la balance bénéfices/risques par une équipe experte. Les contraintes post-opératoires doivent être connues et justifient un suivi pluridisciplinaire toute la vie durant.

ANNEAU GASTRIQUE OU GASTROPLASTIE

PRINCIPE

Intervention restrictive (empêche de manger) grâce à un anneau ajustable qui délimite un petit compartiment d'estomac (20cc), qui se vide selon le principe du sablier. L'anneau est relié à un boîtier placé sur le sternum ou sur les muscles de l'abdomen, sous la peau. Ce dispositif permet de ralentir davantage encore si besoin, la vidange du petit compartiment en diminuant le calibre interne de l'anneau par gonflage. L'anneau est efficace dès sa pose. Le gonflage n'est pas obligatoire. Les gonflages seront réalisés au cours du suivi post-opératoire si le médecin ou le chirurgien le jugent nécessaire.

La gastroplastie est une intervention réversible, mais si l'on retire l'anneau, la reprise de poids est systématique.



Source : *Chirurgie de l'obésité. Ce qu'il faut savoir avant de se décider* par la Haute Autorité de Santé (HAS)

RÉSULTATS

Perte de 50% du surpoids en moyenne (très schématiquement, la moitié des kilos au dessus de 80 kg) sur 18 à 24 mois, puis stabilisation durable (point d'équilibre entre poursuite des efforts hygiéno-diététiques et tolérance de l'anneau que nous déterminerons individuellement avec vous).

Amélioration du diabète grâce à l'amaigrissement, amélioration de l'hypertension artérielle, de l'apnée du sommeil, des douleurs articulaires.

Une reprise de poids partielle ou totale est possible.



RISQUES OPÉRATOIRES PRÉCOCES

Phlébite (caillots sanguins dans une veine) dont le risque est diminué par bas de contention, anticoagulants et compression intermittente. La phlébite est une cause potentielle d'embolie pulmonaire.

Perforation de l'œsophage ou de l'estomac, durant l'intervention ou quelques jours après, nécessite une réintervention pour ablation de l'anneau et réparation. Cette complication rare peut imposer un transfert dans le service de Réanimation, et une réintervention immédiate pour réparation avec ablation de l'anneau.

Risque hémorragique

Mortalité opératoire : aux alentours de 0.1%.

COMPLICATIONS TARDIVES (TOUJOURS POSSIBLES, MÊME APRÈS PLUSIEURS ANNÉES)

Infection ou mobilisation du boîtier, porosité de l'anneau, glissement de tout l'estomac à travers l'anneau, migration de l'anneau à travers la paroi de l'estomac... Ces complications sont favorisées pour les plus graves par les forçages alimentaires et les vomissements chroniques. Elles nécessitent une prise en charge qui peut se réduire à un petit geste (dégonflage de l'anneau) éventuellement sous anesthésie locale (changement de boîtier), mais peuvent imposer une réintervention sous anesthésie générale (changement et/ou repositionnement et/ou ablation d'anneau) parfois en urgence (quand plus aucun aliment même liquide ne passe).

Dilatation œsophagienne, nécessitant le dégonflage et éventuellement l'ablation de l'anneau.

Aggravation d'un reflux gastrique pré-existant et/ou œsophagite.

Eventration

ECHEC

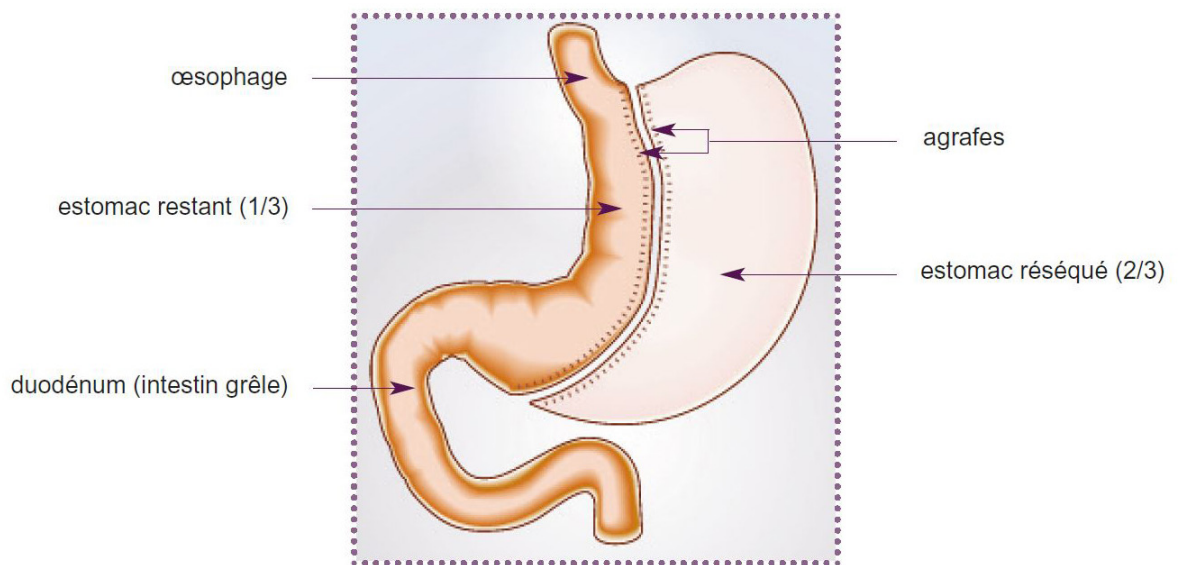
Se définit comme l'insuffisance ou l'absence d'amaigrissement ou une reprise de poids complète quelques années après la pose de l'anneau. Rarement dû à un dysfonctionnement de l'anneau ou du boîtier. Résulte le plus souvent d'un non respect des règles hygiéno-diététiques et de leur contournement par l'absorption notamment d'aliments hypercaloriques liquides ou liquéfiés.

Contre-indication aux Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

SLEEVE GASTRECTOMY OU GASTRECTOMIE EN MANCHON

PRINCIPE

Gastrectomie des 2/3 de l'estomac dite en manchon. Intervention irréversible, puisque il s'agit de retirer une grande partie de l'estomac en ne laissant qu'un tube gastrique de 12 mm de diamètre pour s'alimenter. Il s'agit d'une intervention restrictive pure d'un point de vue mécanique, mais s'y associe une diminution de l'appétit par suppression de la source d'une hormone de la faim sécrétée dans la partie d'estomac retirée. La longueur de la section gastrique agrafée est variable et peut atteindre 45 cm.



Source : Chirurgie de l'obésité. Ce qu'il faut savoir avant de se décider par la Haute Autorité de Santé (HAS)

RÉSULTATS

Perte de 60% du surpoids (un peu plus de la moitié des kilos au dessus de 80kg) en moyenne sur 18 à 24 mois, puis stabilisation.

Amélioration du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'apnée du sommeil, des douleurs articulaires.

Attention : le recul de cette intervention en 2021 est de près de 20 ans.

RISQUES OPÉRATOIRES PRÉCOCES

Phlébite (caillots sanguins dans une veine) dont le risque est diminué par bas de contention, anticoagulants et compression intermittente. La phlébite est une cause potentielle d'embolie pulmonaire.

Risque hémorragique

Défaut de cicatrisation sur la ligne d'agrafes, (fistule) cause d'une péritonite. Cette complication de fréquence non négligeable (3-4 %) peut imposer un transfert dans le service de Réanimation, et une voire plusieurs réinterventions.

Un scanner avec ingestion et éventuellement reprise au bloc sans aucun examen radiologique si cliniquement pas rassurant. Le scanner est uniquement justifié si elle ne retarde pas la prise en charge.

Hospitalisation prolongée (3 mois en moyenne en cas de fistule) avec interdiction de manger et sonde nasojejunale.

Mortalité opératoire : aux alentours de 0.5%.

COMPLICATIONS TARDIVES (TOUJOURS POSSIBLES, MÊME APRÈS PLUSIEURS ANNÉES) :

Sténose (rétrécissement) du tube gastrique entraînant des vomissements. Dilatation du tube gastrique responsable d'une reprise de poids.

Reflux gastro-oesophagien (traité médicalement). Le reflux est une cause potentielle de cancer œsophagien. Nécessité d'une surveillance par fibroscopie oeso-gastrique régulière et ceci à vie. Recommandations actuelles : tout les 3 à 6 mois.

Eventration.

Contre-indication aux Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

ÉCHEC

Se définit comme l'insuffisance ou l'absence d'amaigrissement durant les 2 premières années. Résulte essentiellement d'un non respect des règles hygiéno-diététiques et de leur contournement par l'absorption notamment d'aliments hypercaloriques liquides ou liquéfiés.

Reprise de poids partielle ou totale : possible après un amaigrissement significatif même après plusieurs années.

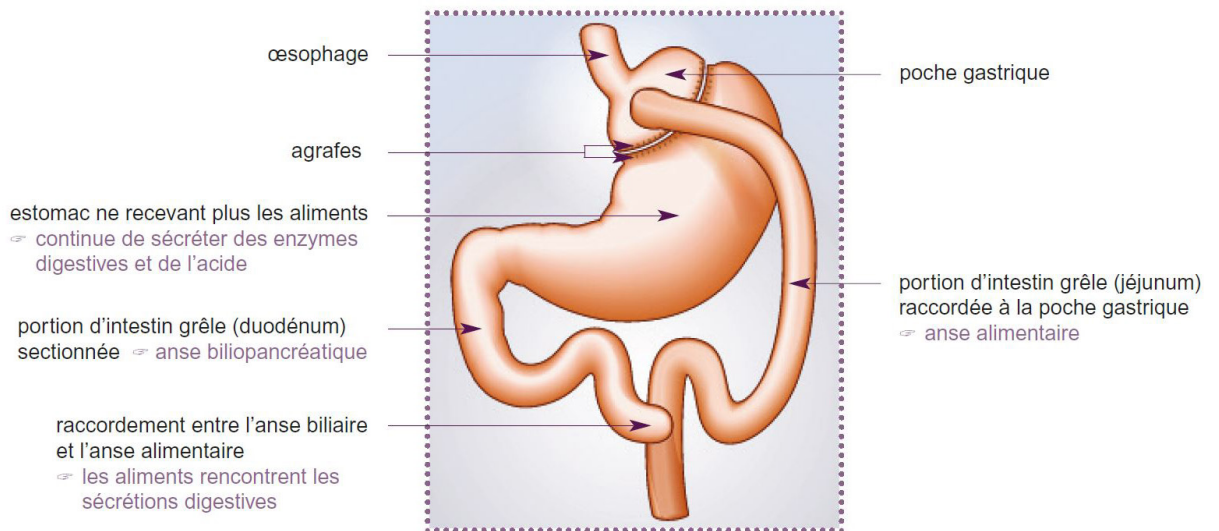
BY-PASS GASTRIQUE

PRINCIPE

Intervention restrictive (empêche de manger) par la confection d'une petite poche gastrique, et malabsorptive par la dérivation des sucs digestifs.

Modifie par ailleurs le fonctionnement du tube digestif par des mécanismes hormonaux.

Il s'agit d'un montage qui modifie définitivement l'anatomie du tube digestif, et comporte plusieurs zones d'agrafage et deux coutures digestives.



Source : Chirurgie de l'obésité. Ce qu'il faut savoir avant de se décider par la Haute Autorité de Santé (HAS)

RÉSULTATS

Perte de 60% du surpoids en moyenne sur 18 à 24 mois (un peu plus de la moitié des kilos au dessus de 80kg), puis stabilisation.

Amélioration voire guérison du diabète (indépendamment de l'amaigrissement), amélioration de l'hypertension artérielle, de l'apnée du sommeil, des douleurs articulaires.

Une reprise de poids plusieurs années après l'intervention est possible.



RISQUES OPÉRATOIRES PRÉCOCES

Phlébite (caillots sanguins dans une veine) dont le risque est diminué par bas de contention, anticoagulants et compression intermittente. La phlébite est une cause potentielle d'embolie pulmonaire.

Risque hémorragique

Fistules entre les agrafes ou au niveau des coutures, responsable de péritonite très grave.

Occlusion sans vomissement et précoce à différents niveaux du montage.

Si les suites opératoires ne sont pas simples, et qu'il apparaît une fièvre, une douleur anormale, une occlusion, un écoulement louche par le drain... une réintervention rapide est menée, sans attendre une aggravation des signes. Les complications graves engagent le pronostic vital (il existe un risque de décès) et nécessitent un transfert dans le service de Réanimation, et un séjour hospitalier prolongé.

Mortalité globale : **1% mais peut être plus important selon le contexte.**

COMPLICATIONS TARDIVES (TOUJOURS POSSIBLES, MÊME APRÈS PLUSIEURS ANNÉES)

Sténose de l'anastomose, (rétrécissement au niveau des coutures digestives) qui se traite par endoscopie.

Carences vitaminiques, possible ostéoporose.

Occlusion.

Hernie interne (anse grêle incarcerated dans les orifices qui sont créés lors du montage en la remontant sur la petite poche gastrique) dont le risque augmente en cours de grossesse.

Eventration.

Contre-indication aux Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

ECHEC

Se définit comme l'insuffisance ou l'absence d'amaigrissement durant les 2 premières années. Résulte exclusivement d'un non respect des règles hygiéno-diététiques et de leur contournement par l'absorption notamment d'aliments hypercaloriques liquides ou liquéfiés.

Reprise de poids partielle ou totale : possible après un amaigrissement significatif

DÉROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE : PLUSIEURS ÉTAPES



La première consultation à laquelle vous avez assisté était une consultation d'information. Vous avez rencontré successivement un chirurgien, et un médecin nutritionniste.

La consultation chirurgicale vous a exposé les différentes interventions possibles, leurs risques opératoires et les résultats attendus.

La consultation médicale a eu pour objectif d'aborder :

- Les critères de recours à la chirurgie de l'obésité
- Les raisons qui justifient la période préparatoire
- Les résultats attendus
- Les contraintes.

Nous vous avons proposé de remplir différents questionnaires qui ont permis de commencer à constituer votre dossier personnel.

Certains d'entre vous ont pu consulter accompagné d'une personne de confiance. Pour ceux d'entre vous qui ont assisté seul à la consultation d'information initiale, nous restons à disposition pour éclairer ultérieurement les membres de votre famille si ceux-ci le souhaitent. Leur soutien est un atout dans votre démarche. Leur hostilité ou leur incompréhension peut être délétère.

La poursuite de votre projet chirurgical a été décidée à votre initiative, à la lumière des informations délivrées lors de la consultation initiale et une journée d'hospitalisation a permis ensuite

- de compléter votre dossier médical
- de vérifier que vous présentez bien les critères de recours à la chirurgie
- de retracer l'histoire de votre surpoids
- d'évaluer votre comportement alimentaire
- de cerner vos motivations
- de déterminer les modalités de la période préparatoire.

La synthèse de cette journée d'hospitalisation a abouti à déterminer les modalités de la période préparatoire.

LA PRÉPARATION MÉDICALE : « ÊTRE PRÊT » : UNE QUESTION DE TEMPS ET DE MOTIVATION

L'obésité survient sur un terrain génétique prédisposant mais seulement en cas de mode de vie défavorable. Il est déterminant de comprendre les causes de votre prise de poids et d'adopter avant la chirurgie des changements quotidiens qui sont importants pour rendre la chirurgie efficace et bien vécue.

Parfois, votre obésité peut être liée à un comportement alimentaire problématique comme l'envie de manger induites par des émotions négatives (« quand ça ne va pas »). La chirurgie n'est pas le traitement de ce type de problématique alimentaire. Une prise en charge préalable de ces « envies de manger » est indispensable avant la chirurgie également.

L'ensemble de ses situations sont des obstacles puissants à l'amaigrissement, même après un geste chirurgical. Il est impératif de les modifier AVANT l'intervention.

La préparation à la chirurgie va donc vous permettre :

- D'acquérir ou de consolider vos connaissances en matière d'alimentation ;
- De mettre à jour et de modifier certains comportements qui empêchent l'amaigrissement ;
- De vous remettre progressivement à l'activité physique, bien sûr dans la limite de vos capacités physiques. Cette étape est décisive pour obtenir une perte de poids durable à long terme. Elle vous permettra par ailleurs d'améliorer votre souffle et d'arriver en bonnes conditions physiques le jour de l'intervention. Il se peut qu'une hospitalisation dans un centre de réadaptation physique soit nécessaire ;
- De travailler sur la motivation à vous prendre en charge. La difficulté n'est pas tant de « faire régime » jusque l'intervention mais bel et bien de ne pas laisser revenir peu à peu toutes vos « petites » mauvaises habitudes de vie qui risquent de vous faire reprendre du poids.
- D'arrêter le tabac si vous êtes fumeur (suivi possible avec un tabacologue) au moins 8 semaines avant l'intervention ;
- De rencontrer des patients déjà opérés et de bénéficier de témoignages concernant les avantages et les inconvénients de la chirurgie de l'obésité.

Cette préparation vous sera proposée sous forme de consultations individuelles, médicales, paramédicales ou de consultations de groupe, de semaines d'éducation thérapeutique et de tutoriels vidéo, selon votre situation clinique et vos disponibilités. Certaines étapes peuvent nécessiter du temps et vont différer l'intervention.

Par ailleurs, au cours de cette période, 3 examens seront programmés :

- Une polygraphie nocturne pour rechercher un syndrome d'apnée du sommeil si vous n'êtes pas déjà appareillé ;
- Une consultation de cardiologie avec éventuellement examens complémentaires si le cardiologue le juge nécessaire ;
- Une fibroscopie de l'estomac sans anesthésie.

Dans ce type de prise en charge, l'objectif est d'améliorer la perte de poids après l'intervention et de maintenir le poids perdu, qui n'est pas garanti par la chirurgie seule.

L'équipe multidisciplinaire vous assistera dans cette préparation en vous aidant à cibler les problématiques qui pourraient compromettre la réussite de votre projet de chirurgie.

L'évaluation des changements préopératoires est déclarative mais fera l'objet d'un engagement signé de votre part et constituera une pièce de votre dossier.

En fin de période préparatoire, vous bénéficierez d'une consultation de groupe de fin de préparation à la chirurgie. Cette consultation récapitulera tous les éléments importants à mémoriser pour bien vivre la période post-opératoire. Vous devrez être accompagné de votre conjoint ou d'une personne de confiance lors de cette consultations.

■ ■ ■ LE BILAN PRÉOPÉRATOIRE

Le bilan pré-opératoire est envisagé à la fin de la préparation multidisciplinaire. Il dépend des examens qui auront été réalisés au cours de votre préparation.

Au total, tous les examens suivants devront avoir été réalisés :

- une ou plusieurs consultations de chirurgie
- des explorations biologiques et nutritionnelles ;
- une radiographie de l'estomac (TODG : Transit Oeso-Gastro-Duodenal) et parfois des poumons
- fibroscopie de l'estomac SANS anesthésie générale
- une échographie abdominale
- une consultation de psychiatrie
- une consultation de psychologie
- une consultation d'activité physique
- une consultation d'anesthésie
- une consultation de diététique
- une élastométrie hépatique (fibroskan)
- une impédancemétrie (mesure de la masse musculaire)

Tout au long de votre préparation, vous aurez l'occasion de rencontrer des patients déjà opérés, hospitalisés en même temps que vous mais dans le cadre de leur suivi post-opératoire. Ces rencontres sont encouragées par notre équipe. Elles vous donneront l'occasion de vérifier l'efficacité de la prise en charge chirurgicale tout en évaluant les difficultés qui peuvent être parfois rencontrées au quotidien après une chirurgie.

Le type de chirurgie sera déterminé en fonction de votre souhait, de votre comportement alimentaire et de votre dossier médical. Certaines techniques sont contre indiquées en cas de maladies intercurrentes particulières. D'autres techniques sont plus efficaces si vous êtes diabétique.

Dans les situations simples, l'équipe médico-chirurgicale réalise la synthèse de votre dossier et de votre situation actuelle et conclut au type d'intervention retenue. Dans les cas de dossiers compliqués ou problématiques, le principe de la chirurgie est temporisé jusqu'à obtention d'avis complémentaires ou votre dossier est présenté à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de l'Artois qui regroupe les équipes expertes en chirurgie bariatrique sur le territoire.

Pour les dames, un suivi gynécologique est exigé avant et après la chirurgie. Une contraception efficace doit être assurée dès le bilan préopératoire et ce pendant les 18 mois qui suivent l'intervention, même pour les patientes souffrant de problèmes d'infertilité.

Vous devez prévenir votre gynécologue de votre projet chirurgical. Il adaptera votre contraception en fonction du type de chirurgie envisagé et de votre perte de poids post-opératoire. Attention : certains moyens de contraception perdent leur efficacité après la chirurgie !

■ ■ ■ LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ : QU'EST-CE QUE C'EST ?

La chirurgie n'est pas sans risques. Ces risques vous ont été exposés dans les pages précédentes et vous ont été expliqués par le chirurgien. Ces risques sont réels. Il est essentiel que vous les connaissiez. Le consentement éclairé est un document que vous signerez avant l'intervention. Il permet à l'équipe de vérifier que vous avez compris la prise en charge dans laquelle vous vous engagez et ses risques.

Conformément aux recommandations de l'HAS 2009, votre consentement éclairé est obligatoire. Il devra être signé par vous-même et si possible par une personne de confiance (article 1111-6 du code de la santé publique, créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002).

SUR QUELLE RÉFLEXION SE BASER ?

Si vous envisagez un traitement chirurgical pour votre obésité, c'est que celle-ci est sévère. D'une part, le retentissement physique peut être majeur. D'autre part, les complications médicales dues à votre obésité entraînent un risque potentiellement grave pour votre santé. Mais, le plus souvent, si ce risque-là est également réel, il ne s'exprimera que plus tard. Or, le risque lié à la chirurgie est, lui, immédiat.

C'est l'une des raisons pour laquelle la chirurgie n'est envisagée qu'en cas d'obésité sévère : dans ce cas, le risque de rester sévèrement obèse est aussi important que celui lié au geste chirurgical. Mais ces 2 risques ne se situent pas au même moment dans votre vie. Il est important de comprendre cet aspect un peu complexe. La chirurgie de l'obésité, c'est accepter de prendre un risque immédiat pour essayer de diminuer un autre risque à plus long terme.

Idéalement, un proche ou votre personne de confiance doit également avoir reçu les informations concernant les risques, raison pour laquelle, il est conseillé d'assister aux consultations de fin de préparation à la chirurgie avec une personne de confiance.

QUELQUES EXEMPLES DE SITUATIONS :

Si votre obésité est très sévère et/ou particulièrement invalidante physiquement, le risque lié à l'intervention est « raisonnable » si on le compare à celui que représente votre situation actuelle.

Si votre obésité entraîne des complications médicales sévères, le risque de voir apparaître des problèmes de santé augmente fortement. Dans ce cas, la décision d'avoir recours à la chirurgie est également légitime puisque le risque que l'on prend en ne maigrissant pas est lui même important.

Chaque situation mérite d'être évaluée. Pour vous aider à prendre votre décision, vous pouvez évaluer les difficultés que vous rencontrez actuellement et celles que vous pourriez rencontrer plus tard.

EXEMPLE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ



● DOCUMENT I

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Reconnaissance de la délivrance de l'information

Je soussigné(e) : *Nom* Date de naissance :

Profession : Médecin traitant :

reconnais avoir reçu au cours d'un entretien individuel avec mon Chirurgien, les informations suivantes (**Documents I, II et III**)

Première signature et signature d'un proche (conjoint, compagnon, enfant majeur, parent) :

I- Parce que je souffre d'un excès pondéral depuis l'âge de_____, j'ai décidé de demander l'aide du corps médical pour tenter de perdre du poids, sachant la gravité des comorbidités et des accidents qui guettent les personnes obèses. Mon poids est aujourd'hui de _____, pour une taille de_____, et mon IMC est de_____

II- Pour cela, j'ai pris le conseil de mon médecin de famille. Celui-ci a tenté de me faire perdre du poids en me conseillant un régime et une activité physique accrue, ce qui a été réalisé sur la période de_____, à_____.Au cours de cette période, soit mois, je n'ai pas perdu de poids, j'ai même pris_____kg.

III- Mon Médecin m'a alors adressé à un spécialiste : Endocrinologue, Nutritionniste, Diététicien, qui, après un certain nombre d'examen, m'a proposé le traitement et la diététique suivants _____

Au terme de _____mois de traitement et devant l'échec, et l'aggravation de mon état, on m'a conseillé de prendre l'avis d'un chirurgien spécialisé.

IV – J'ai donc pris contact avec le Dr _____, Chirurgien, et le Docteur_____, Médecin nutritionniste que j'ai vu pour la première fois le_____

V- Le Dr, après m'avoir interrogé et examiné, m'a laissé entendre, qu'en l'absence de contre indication, je pouvais peut être bénéficier d'une approche chirurgicale de mon obésité, tout en soulignant d'emblée la gravité de cette décision et les risques qu'elle comporte (remise lors de l'entretien d'un petit livret explicatif).

VI- J'ai donc rencontré, lors d'un bilan pré-opératoire de faisabilité, l'équipe multidisciplinaire, dont un Psychiatre et un anesthésiste.

VII- Le rendez-vous avec le Psychiatre daté du _____, m'a amené à parler de divers problèmes personnels et familiaux, et le Psychiatre a conclu, soit à une indication chirurgicale sans réserve, soit à une indication avec réserve.

VIII- Dans le cas du feu vert du Psychiatre, et après concertation multidisciplinaire, mon chirurgien a demandé une entente préalable au Médecin conseil de la Sécurité Sociale. Celui-ci m'a examiné, ou ne m'a pas examiné (vérification du poids et de la taille).

IX- Depuis, j'ai été revu par mon Chirurgien qui m'a exposé le type d'intervention proposé : anneau, bypass, en m'expliquant que dans mon cas, il proposait « a priori » de tenter l'intervention suivante sous coelioscopie :___

X- Le choix de la voie coelioscopique est justifié par le fait que cette technique amène en général des suites plus rapides, des douleurs moindres, un meilleur résultat esthétique et une reprise plus précoce des activités par rapport à la même intervention réalisée par voie traditionnelle, et que dans le cas de l'obésité, elle facilite le geste chirurgical et évite en principe les éventrations postopératoires.

XI- Le Dr ___ m'a dit qu'il pourrait y avoir conversion, que l'intervention pourrait ne pas être réalisable, surtout que pouvaient survenir des complications peropératoires : hémorragies, perforations, susceptibles d'entraîner des lésions graves, voire mortelles.

XII- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles du traitement proposé sont les suivants :

La mortalité déjà évoquée dont le taux, quoique très faible, est non nul. Les risques de toute intervention chirurgicale : infections, hémorragies, complications thromboemboliques, etc... Les risques spécifiques à la chirurgie coelioscopique : en plus des risques de la chirurgie traditionnelle, il existe de très rares embolies gazeuses, et des plaies vasculaires et viscérales par trocarts ou autres qui peuvent passer inaperçues et entraîner des péritonites secondaires, ou des hémorragies.

XIII- La conversion en chirurgie traditionnelle a été évoquée : elle relève à chaque instant de l'appréciation de la situation par le chirurgien, et ne peut jamais être considérée comme fautive ou comme signant une rupture de contrat de soins.

XIV- Une réflexion sur la notion du rapport Bénéfice/Risque a été entreprise, au terme de laquelle il a semblé légitime de proposer la solution chirurgicale envisagée.

XV- ont été aussi énumérées les complications plus lointaines.

XVI- Enfin, on m'a parlé du problème du suivi

XVII- Je suis conscient que la réalisation d'un bypass gastrique ou d'une gastrectomie en manchon (sleeve) modifie pour toujours ma physiologie digestive et risque d'entraîner de graves symptômes si je ne m'engage pas à un suivi total.

XVIII- C'est pour cela que, après avoir signé cette reconnaissance de délivrance d'une information que je considère comme complète et suffisante pour faire mon choix, je m'engage personnellement dans cette démarche de soins, comme le prouvent le consentement libre et éclairé et l'engagement de suivi qui portent ma signature.

Deuxième signature datée, éventuellement accompagnée de la signature d'un « témoin ».

Consentement libre éclairé aux actes proposés par le Docteur

Comme vous m'avez demandé de le faire, et pour répondre aux obligations légales, c'est bien volontiers que :

I- Je vous confirme que, au cours des(____) consultations qui ont précédé mon hospitalisation, vous m'avez exposé dans le détail, ainsi qu'à la personne qui était chaque fois présente : d'une part les risques graves, y compris vitaux inhérents à toute intervention chirurgicale, d'autre part les risques graves, y compris vitaux particuliers à l'intervention que je dois subir et qui devrait être _____, indiquée pour traiter l'affection dont je souffre qui s'est révélée être une obésité pathologique, rebelle à un régime suivi correctement pendant plus d'un an, chiffrée par un IMC à _____ accompagnée de (ex : gonalgies importantes) explorée par un endocrinologue et un psychiatre. Par ailleurs, une conversion en chirurgie traditionnelle a été évoquée.

Pour les femmes : j'ai été informée des précautions particulières à prendre en cas de survenue d'une grossesse.

II- Je reconnais aussi que j'ai pu vous poser toutes les questions concernant cette intervention et que j'ai pris note qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects dépendant de particularités d'anatomie générale, de cicatrisation etc... Vous m'avez informé de plus des risques exceptionnels, telle que l'embolie gazeuse et de risques actuellement inconnus.

III- Vous m'avez parlé des échecs et des imperfections possibles de l'intervention.

IV- Je vous confirme que les explications que vous m'avez fournies l'ont été en termes clairs et que j'ai pu arrêter mon choix qui est de vous demander de pratiquer sur moi l'intervention prévue.

V- J'ai été également prévenu que, en cours d'intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un évènement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement et j'autorise d'ores et déjà le chirurgien à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, voire à se faire assister pour cela par un autre Praticien.

VI- Je m'engage expressément à me rendre à vos consultations, à me soumettre à tous les soins et recommandations que vous me préciserez.

VII- Je vous fais confiance pour utiliser tous les moyens à votre disposition pour approcher le résultat souhaité.

● Document III

Engagement de suivi

Sachant que la pathologie dont je suis atteint a des causes multiples et que le traitement chirurgical entraîne des conséquences sérieuses, sachant d'une part que la prise en charge dont je bénéficie est multidisciplinaire, je m'engage à respecter le suivi qui m'est proposé :

-je serai revu, lors d'une hospitalisation de jour, par l'équipe (chirurgien, médecin nutritionniste, etc...) qui m'a opéré à un mois de l'acte, puis à trois mois, 6 mois, un an, 18 mois, 2 ans, puis ensuite une fois par an. Je devrai par ailleurs respecter ses conseils et prendre les rendez-vous qu'il proposera tant auprès de nutritionnistes ou diététiciens, qu'auprès de psychiatres ou psychologues, l'obésité nécessitant une prise en charge nutritionnelle et comportementale. Le non respect de cet engagement pourrait avoir des conséquences tragiques pour ma santé et pour ma vie.

L'INTERVENTION



La date d'intervention est déterminée lorsque la phase de préparation est achevée et après le bilan préopératoire.

La prise en charge est soumise à entente préalable auprès des caisses d'assurance maladie. Aucun dépassement d'honoraire n'est demandé dans notre service.

Une alimentation particulière (régime cétogène) devra être suivie pendant les 5 jours qui précéderont la date de l'intervention. Cette alimentation permet de diminuer le volume du foie qui est placé devant votre estomac et complique le travail du chirurgien.

Pour les dames, nous vous demanderons de vous munir d'un test de grossesse sanguin (dosage des B-HCG plasmatiques) datant de moins d'une semaine même si vous prenez une contraception.

La durée d'hospitalisation dépend du type d'intervention envisagée et est en moyenne de :

- 3 jours pour un anneau gastrique
- 4 jours pour la gastrectomie en manchon
- 5 à 7 jours pour un by-pass gastrique.

Un traitement préventif systématique du risque de phlébite est prescrit. Une biopsie (prélèvement) de foie peut parfois être réalisée pendant l'intervention pour évaluer le retentissement de votre obésité sur cet organe.

Des conseils détaillés concernant la reprise de l'alimentation vous sont remis avant votre sortie ainsi que la prescription de vitamines.

Quel que soit le type de chirurgie réalisé, l'arrêt de travail recommandé est fonction de votre profession :

- 2 semaines en cas de profession sédentaire,
- 4 semaines pour les travailleurs dits « de force » ou en cas de laparotomie (grande cicatrice),

L'arrêt de travail peut être prolongé en cas de complications.

La reprise de l'activité physique est autorisée après la visite du premier mois post-opératoire.

LE SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Souhaiter être opéré c'est vous engager à respecter les modalités du suivi post-opératoire.

Le suivi post-opératoire est obligatoire. Il est assuré avec une fréquence déterminée à l'avance, globalement de façon trimestrielle la première année puis annuelle ensuite.

Ce suivi pourra comporter, selon votre situation et le délai post-opératoire :

- bilan sanguin pour vérifier votre état nutritionnel et dépister d'éventuelles carences vitaminiques ;
- consultation de nutrition et examen clinique, proposition d'adaptation thérapeutique de vos traitements habituels ;
- évaluation de vos habitudes et de votre comportement alimentaire ;
- évaluation de votre niveau d'activité physique ;
- surveillance de la prise d vos vitamines ;
- consultation chirurgicale en post-opératoire précoce et si besoin ;
- rencontre avec d'autres patients également opérés pour maintenir votre motivation ;
- une radiographie de l'estomac (TOGD) avec ingestion d'un produit de contraste si besoin ;
- pour les porteurs d'anneau gastrique, un ajustement de l'anneau gastrique est réalisé si besoin, sous contrôle radiologique.

Le suivi après chirurgie bariatrique est obligatoire comme rappelé dans les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette organisation complexe à mettre en œuvre nécessite votre adhésion pleine et entière au mode de suivi imposé. Vous serez de fait responsable de votre observance en matière de suivi post-opératoire et si d'avance vous saviez ne pas pouvoir vous y astreindre nous vous invitons vivement à reconsidérer votre projet au sein de notre équipe.

Tout manquement à ce suivi fait l'objet d'une traçabilité dans votre dossier de soin. Au bout de 3 absences, nous adressons au médecin conseil de la CPAM un courrier de fin de suivi à notre initiative.

Ce suivi est indispensable pour dépister rapidement d'éventuelles complications médicales et chirurgicales qui peuvent survenir, même très longtemps après l'intervention, même en cas de reprise de poids complète. Ce suivi contribue également au maintien de la perte de poids à long terme.

Le service assurera la prise en charge de toutes les urgences liées à la chirurgie bariatrique, après un bref passage par le service des admissions urgentes. Un transfert vers le centre universitaire est possible.

La chirurgie bariatrique est une option thérapeutique ayant pour objectif l'amélioration de votre santé ; elle n'engage donc pas l'équipe en matière de chirurgie réparatrice.

L'ALIMENTATION POST-OPÉRATOIRE



Si les suites opératoires sont simples, vous serez autorisé à boire de l'eau puis très rapidement à reprendre une alimentation liquide puis mixée.

Schématiquement, une alimentation fractionnée et dont la texture vous sera détaillée selon le type de chirurgie est recommandée pendant les 3 à 5 semaines qui suivront votre intervention. Un livret éducatif vous sera remis le jour du bilan préopératoire.

L'alimentation doit être lisse (texture variable) pour éviter tout blocage alimentaire et vous permettre de vous habituer progressivement aux nouvelles « sensations » liées au montage chirurgical.

Elle est également fractionnée (c'est à dire sous forme de 6 à 8 petits repas par jour) pour maintenir un apport d'énergie (et surtout de protéines) suffisant pour éviter un amaigrissement trop rapide. En effet, un amaigrissement trop rapide entraîne une dénutrition dont les conséquences peuvent être graves pour votre santé en général. Contrairement à ce que l'on peut croire maigrir vite favorise la reprise de poids

Les boissons doivent être consommées en dehors des repas.

Parfois, l'appétit disparaît complètement après l'intervention. Vous ne devez pas vous en réjouir mais respecter les conseils alimentaires afin d'éviter la survenue de conséquences redoutables (carences vitaminiques, fatigue, dénutrition, voire dépression...). Certaines personnes sont confrontées à de profonds changements en matière de plaisir alimentaire. D'autres ne parviennent plus à manger certains aliments. La tolérance et les contraintes sont très variables d'un patient à l'autre. La diététicienne vous conseillera des alternatives alimentaires si besoin.

Après les premières semaines post-opératoires, l'objectif est de maintenir une alimentation variée et la plus instinctive possible (qui repose sur les sensations physiologiques : faim, rassasiement, plaisir alimentaire comme expliqué au cours de la période préparatoire). Votre qualité de vie doit être préservée (repas en famille, restaurant, travail posté, etc...). Des adaptations temporaires peuvent être recommandées au cas par cas.

Si votre alimentation est insuffisante, nous pouvons être amenés à vous prescrire des compléments oraux alimentaires (briquettes de soupe ou de lait aromatisé enrichi en protéines) pour quelques semaines. Un amaigrissement trop rapide pourrait nous obliger à recourir à une alimentation par sonde.

Un document détaillé vous sera remis et expliqué par la diététicienne lors de votre bilan pré-opératoire. La diététicienne vous reverra également juste après l'intervention avant votre sortie d'hospitalisation. Nous vous recommandons de suivre tous les conseils. Nous restons joignables par téléphone et à votre disposition si besoin en consultation.

■ ■ ■ APRÈS L'INTERVENTION...

Comme vous l'avez compris, un suivi annuel post-opératoire est indispensable. Il est assuré par l'équipe qui vous a pris en charge, le tout en lien avec votre médecin traitant, qui de son côté assurera la continuité de la prescription des vitamines au delà de la première année post-opératoire.

Le suivi auprès des différents spécialistes de votre santé reste indispensable. Ils doivent être informés de votre intervention. De même, prévenez tout nouveau médecin que vous avez eu recours à la chirurgie bariatrique car cette chirurgie peut contre-indiquer ou diminuer l'efficacité de certains traitements.

Avec le temps, vous connaîtrez bien les « sensations » provoquées par le montage chirurgical. Vous devez consulter rapidement si vous constatez des changements inhabituels (vomissements, douleurs abdominales, diarrhées, saignements, etc...) et ce, sans attendre les convocations pour le suivi annuel.

Concernant le poids, comme nous l'avons déjà précisé, les pertes de poids moyennes sont de l'ordre de 50 à 60% du surpoids (soit 25 à 30 kg si votre poids initial est de 130 kg). Vous ne retrouverez pas un poids « normal » et encore moins le poids de vos 20 ans !!! Les résultats sont très variables selon les individus. Ils dépendent de nombreux facteurs : âge, comportement alimentaire, activité physique, ancienneté et sévérité de l'obésité, etc... Il existe probablement d'autres facteurs mais qui ne sont pas encore identifiés. Deux facteurs sont néanmoins déterminants. Il s'agit de l'alimentation et de l'activité physique.

Sans ces 2 derniers éléments, l'efficacité de la chirurgie est limitée et il est possible que vous repreniez du poids même avec un montage chirurgical. L'efficacité optimale de la chirurgie de l'obésité dépend donc en majeure partie de VOTRE implication dans la prise en charge.

Ainsi, la chirurgie permet de maintenir la perte de poids au long cours A CONDITION de poursuivre la pratique de l'activité physique et le respect des conseils alimentaires. Ce sont les raisons pour lesquels nous exigeons que ces changements soient mis en place AVANT l'intervention.

ATTENTION : les pertes de poids doivent être obtenues en maintenant au maximum votre qualité de vie et votre bien être psychologique. Autrement dit, les vomissements ne sont pas un effet recherché ni encouragé. Néanmoins, il existe un certain nombre de contraintes auxquelles il faut vous préparer.

Enfin, l'amaigrissement massif entraîne des conséquences physiques et psychiques qui peuvent être importantes.

L'amaigrissement massif laisse des séquelles cutanées sous la forme de bourrelets de la face postérieure des bras, de la face interne des cuisses, et surtout du ventre. Nous rappelons que la chirurgie bariatrique n'est pas une chirurgie esthétique. Une partie de ces séquelles peut être évitée par la pratique de l'activité physique. Mais vous devez vous préparer à ces séquelles cutanées. La place de la chirurgie réparatrice est à discuter au cas par cas et n'est pas systématique. Si elle est possible, on ne peut pas envisager cette chirurgie réparatrice avant 2 ans post-opératoires et on ne l'envisage qu'après stabilisation du poids.

Des troubles de l'image corporelle peuvent persister, s'aggraver voire apparaître après chirurgie bariatrique et peuvent nécessiter une prise en charge psychologique.

Pour les fumeurs réguliers : une consommation de plus de 10 cigarettes par jour augmente dramatiquement le risque de troubles digestifs de type inflammatoires et d'ulcères. Nous vous encourageons à ne pas reprendre le tabac après l'intervention.

■ ■ ■ LES SUPPLÉMENTATIONS VITAMINIQUES ET LES AUTRES TRAITEMENTS APRÈS L'INTERVENTION

La plupart des vitamines ne sont pas remboursées par les caisses d'assurance maladie et seront à votre charge. Les informations suivantes sont données à titre indicatif et peuvent être ajustées au cas par cas et avec les recommandations qui évoluent grâce aux études scientifiques.

Les vitamines n'apportent pas d'énergie (ne font pas grossir) mais sont nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Elles sont naturellement apportées par l'alimentation et absorbées lors de la digestion, La chirurgie bariatrique modifie le transit alimentaire, il est donc nécessaire d'introduire une supplémentation permettant d'éviter les carences pouvant entraîner de graves problèmes de santé (problème de vue, ostéoporose, troubles de la fertilité, neuropathie, lésion de la peau, baisse de l'immunité, fatigue, douleurs musculaires, paresthésie, anémie, ...). Les prescriptions suivantes vous sont présentées à titre indicatif :

Après un anneau de gastroplastie :

- VITAMINE B12, 1000 µg : 1 ampoule à boire par mois à vie
- VITAMINE B1-B6 : 1 comprimé par jour pendant 6 mois
- Zinc 15 mg/j pendant 6 mois
- Complément polyvitaminique : 1 par jour pendant 2 ans
- Inhibiteur de la pompe à protons : 1 pendant 3 mois
- Acide ursodésoxycholique : 500mg/j pendant 6 mois pour prévenir l'apparition de lithiase (calculs) vésiculaire et donc en l'absence d'antécédent de cholécystectomie
- poursuite du traitement habituel du patient
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont vivement déconseillés.

Après une gastrectomie en manchon :

- VITAMINE B12, 1000 µg : 1 ampoule tous les 3 mois par voie intra-musculaire à e ou par voie sous-cutanée si vous prenez des anticoagulants.
- VITAMINE B1-B6 : 1 comprimé par jour pendant 6 mois
- Zinc 15 mg/j pendant 6 mois
- Complément polyvitaminique : 1 par jour pendant 2 ans
- Inhibiteur de la pompe à protons : 1 le soir pendant 3 à 6 mois
- Acide ursodésoxycholique : 500 mg/j pendant 6 mois pour prévenir l'arition de lithiase (calculs) vésiculaire et donc en l'absence d'técédent de cholécystectomie
- poursuite du traitement habituel du patient. Pour éviter la survenue d'ulcères anastomotiques (sur les coutures digestives) : contre-indication définitive aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et forte recommandation à ne pas reprendre le tabac.

Après by-pass gastrique :

- Vitamine B12 : 1000 µg, 1 ampoule par voie intra musculaire tous les 3 mois, à vie ou par voie sous-cunée si vous prenez des anticoagulants
- Calcium et vitamine D : comprimés à sucer par jour pendant 3 à 5 ans
- VITAMINE B1-B6 : 1 comprimé par jour pendant 6 mois
- Zinc 15 mg/j pendant 6 mois
- Complément polyvitaminique : 1 par jour pendant 2 ans, parfois plus
- Inhibiteur de la pompe à protons : 1 gélule par jour pendant 3 à 6 mois
- Acide ursodésoxycholique : 500 mg/j pendant 6 mois pour prévenir l'apparition de lithiase (calculs) vésiculaire et donc en l'absence d'antécédent de cholécystectomie
- poursuite du traitement habituel
- Pour éviter la survenue d'ulcères anastomotiques (sur les coutures digestives) : contre-indication définitive aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et forte recommandation à ne pas reprendre le tabac.

J'ENVISAGE UNE GROSSESSE : EST-CE POSSIBLE APRÈS L'INTERVENTION ?



Oui. Mais sous certaines conditions.

La grossesse est contre-indiquée dans les 18 mois qui suivent l'intervention. Elle ne devrait être envisagée qu'une fois le poids stabilisé. En période d'amaigrissement rapide, l'organisme perd des vitamines et des protéines indispensables au bon développement du fœtus. Par exemple, certaines carences en vitamines, comme la vitamine B9 encore appelée « folates », sont responsables de malformations très graves du cerveau fœtal. C'est la raison pour laquelle une contraception efficace est nécessaire et doit être assurée avant la chirurgie.

Idéalement, tout souhait de grossesse doit être anticipé. Un bilan médical et surtout nutritionnel doit être réalisé AVANT l'interruption de la contraception et un traitement préventif systématique en vitamine B9 doit être prescrit AVANT l'arrêt de la contraception. D'éventuelles carences en vitamines doivent être traitées AVANT le début de la grossesse.

Durant toute la grossesse, vous bénéficierez d'un suivi mensuel avec surveillance de la prise de poids et dosages des vitamines.

Si une grossesse survient « par accident », il faut immédiatement prévenir notre service pour vérifier les taux de vitamines et instaurer une surveillance étroite.

Méfiance des vomissements durant la grossesse. Ils ne sont pas nécessairement liée à la grossesse, mais peuvent être un signe de complications chirurgie bariatrique.

Risque : hernie interne augmentée



MES NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



VRAI/FAUX

1. L'efficacité de la chirurgie dépend de mon mode de vie
> **ENTIEREMENT VRAI**
2. La chirurgie bariatrique, ça fait maigrir sans modifier son alimentation
> **FAUX**
3. Je dois vomir après un repas
> **FAUX**
4. Pour que l'intervention soit efficace, elle doit me faire vomir
> **FAUX**
5. Une complication chirurgicale peut survenir plusieurs années après mon intervention
> **VRAI**
6. Je devrai prendre des vitamines toute ma vie
> **VRAI**
7. Je suis certain(e) de maigrir après une intervention chirurgicale
> **FAUX**
8. Je peux regrossir après une intervention chirurgicale
> **VRAI**
9. Le suivi est obligatoire pour la vie durant
> **VRAI**
10. Après la chirurgie, je serai forcément mieux dans ma peau
> **FAUX**
11. La chirurgie bariatrique guérira toutes mes maladies
> **FAUX**

Vous pouvez trouver toutes les recommandations de bonnes pratiques officielles sur le site de la HAS :