

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE



**GUIDE
DU PARCOURS
DE SOINS
À L'ATTENTION
DU MÉDECIN
TRAITANT**

CE GUIDE DÉCRIT LES ÉTAPES CLÉS DU «PARCOURS DE SOINS» D'UNE PERSONNE CANDIDATE À UNE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ AVANT, PENDANT ET APRÈS L'INTERVENTION

**"Toute reproduction ou distribution non autorisée
de tout ou partie des éléments et informations
de ce guide est interdite.**

**Toute utilisation quelle qu'elle soit
du logo ICAN est interdite
sans l'autorisation de la fondation ICAN."**





AVANT L'INTERVENTION

1 – La demande initiale

C'est souvent à la suite d'une rencontre avec une personne ayant été opérée, d'une recherche sur internet, d'une émission ou d'un article grand public qu'émerge la demande initiale de la part du patient.

Le médecin lui-même peut être conduit à évoquer l'hypothèse d'une chirurgie devant une situation d'obésité sévère mal tolérée sur le plan somatique et psychologique et résistante à une prise en charge médicale.

À ce stade initial, **plusieurs priorités** :

■ S'assurer que la situation clinique entre dans les indications de la chirurgie

- La chirurgie peut être indiquée en cas d'obésité sévère avec un indice de masse corporelle, $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ ou si l'IMC est $\geq 35\text{kg/m}^2$ associé à des complications susceptibles d'être améliorées par la chirurgie (par exemple diabète de type 2)
- La chirurgie n'est envisagée que si la personne a bénéficié au préalable d'une prise en charge globale (nutritionnelle, comportementale et parfois psychologique) d'au moins 6 à 12 mois. Dans tous les cas, une prise en charge médicale spécialisée sera proposée.
- S'il existe des difficultés psychologiques des troubles du comportement alimentaires sévères ou une addiction (alcool et autres), la chirurgie n'est pas indiquée, au moins transitoirement ; une prise en charge spécifique s'impose qui peut être plus ou moins longue.
- En cas de projet de grossesse, il faut discuter s'il est préférable d'envisager celle-ci avant ou à distance de la chirurgie (cf. infra).
- Avant 18 ans et après 60 ans, l'indication doit être discutée dans le cadre d'une structure spécialisée.
- L'existence d'autres pathologies non liées à l'obésité doit faire réfléchir à l'indication de chirurgie ainsi qu'à la technique choisie.

■ Préciser les motivations et les attentes, informer sur les bénéfices et les risques :

- La chirurgie est souvent perçue comme une « solution miracle ». Il importe d'informer sur ses résultats, ses contraintes et ses limites (on ne devient pas « mince » après la chirurgie)
- Diverses sources d'informations peuvent être proposées:
 - réunions avec des personnes opérées (centres spécialisés)
 - guide du parcours de soins pour la personne candidate
 - programmes d'éducation thérapeutique des centres spécialisés
 - sites internet de la HAS: www.has-sante.fr, du Ministère de la santé: www.sante.gouv.fr
 - sociétés savantes chirurgicales : SOFFCO www.soffco.fr et médicales www.afero.asso.fr
 - associations de patients : www.cnao.fr ; www.allegrofortissimo.com; www.regardxxl.com

■ Organiser la prise en charge en vue de l'intervention

Si le projet paraît raisonnable, le **bilan en vue de l'intervention est engagé par le médecin traitant** en collaboration avec un **spécialiste** (médecin ou chirurgien) et l'appui d'une **équipe spécialisée**.

2 – Le bilan en vue de l'intervention

Le bilan avant chirurgie est conduit de manière concertée par le médecin traitant et les spécialistes.

Le but est d'évaluer les risques de l'intervention, de les réduire et de donner à la personne le temps d'une réflexion éclairée sur les risques/bénéfices.

Le bilan est somatique, psychologique, nutritionnel et social.

ÉLÉMENTS-CLÉ DU BILAN

I. Bilan exhaustif des **comorbidités** et de l'efficacité de leurs traitements,

1. Diabète de type 2.

- Déséquilibre d'un diabète dont le traitement sera optimisé en préopératoire
- Macro et microangiopathie diabétique à ne pas sous estimer car souvent silencieuses

2. Bilan respiratoire

- Polygraphie, EFR, gazométrie
- Syndrome d'apnée du sommeil et hypoventilation alvéolaire (P CO₂ > 45 mmHg chez le patient obèse)
asthme à traiter plusieurs semaines avant l'anesthésie générale,

II. Bilan **nutritionnel**: comportements alimentaires, apports et dépenses d'énergie, statut nutritionnel et carences «en vitamines et micronutriments» (plus fréquentes chez les sujets obèses),

III. Avis spécialisé sur la situation **psychologique**,

IV. Bilan préopératoire,

1. Bilan et traitement des comorbidités

2. Bilan **digestif** (recherche de stéatose hépatique, lithiase biliaire, reflux gastro-oesophagien et helicobacter pylori (HP) lésions de métaplasie fundique) :

- Recherche helicobacter pylori à éradiquer avant toute chirurgie. On peut avoir recours au **breath test**. Si le patient est sous IPP, un test adapté doit être prescrit pour éviter les faux négatifs. Si la recherche est positive, on procède à un traitement antibiotique séquentiel pour éradiquer l'HP et l'on contrôle le breath test 8 semaines plus tard,
- La fibroscopie oeso-gastrique se fera ensuite avec biopsies antrales et fundiques systématiques, la recherche de métaplasie avec un risque de dégénérescence et des signes d'une oesophagite témoignant d'un reflux gastro-oesophagien qui peut influencer le choix de la technique opératoire,
- L'échographie hépatique et biliaire à la recherche d'une stéatose hépatique et des lithiases dans les voies biliaires. Les lithiases peuvent s'aggraver avec la perte de poids et exposer à une migration dans la voie biliaire principale. Certaines équipes chirurgicales recommandent la cholécystectomie per-opératoire ou dans un deuxième temps,

3. Avis **cardiologique** (recherche d'insuffisance cardiaque dont le diagnostic n'est pas simple chez le patient obèse ou coronaire, arythmie) : ECG, Echographie plus ou moins test d'effort orienté par les facteurs de risque,

4. Bilan métabolique : glycémie (HbA1c si diabète), exploration lipidique, uricémie, créatinine, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine, vitamines, ASAT, ALAT, Gamma GT,

5. Bilan dentaire (capacité de mastication) et ORL si anomalies cliniques (en vue de l'intubation),

6. Pour les femmes le bilan gynécologique ; frottis, mammographie,

7. Dépistage du cancer selon les recommandations, notamment de l'endomètre, du sein (après la ménopause), du colon,

8. Tabagisme dont le sevrage est fortement recommandé en vue de l'anesthésie et pour faciliter la cicatrisation,

9. Statut sérologique du patient : VIH, VHB, VHC.

ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE

Il est souvent vécu comme un « examen de passage » pour le patient. En réalité, c'est l'opportunité pour le patient de mieux cerner les origines et conséquences psychologiques de l'obésité. Il est important d'identifier, en amont de l'acte chirurgical, des difficultés psychologiques qui pourraient soit s'aggraver à la suite de l'intervention, soit être à l'origine de complications et d'échec de celle-ci notamment au travers de troubles du comportement alimentaire persistants en post opératoire, et parfois de la réapparition de comportements addictifs voire le passage à d'autres addictions. Le cas échéant, une psychothérapie préalable à l'intervention sera recommandée. Il peut être réalisé par un psychologue ou un psychiatre spécialisé y compris pour les patients déjà suivis par un psychologue ou un psychiatre.

SITUATION PERSONNELLE ET SOCIALE

Le contexte de vie personnel, les dimensions sociales et économiques, la possibilité de suivre les prescriptions, l'accès aux soins sont des éléments à prendre en compte dans l'indication opératoire (certains dosages sanguins notamment la vitamine B1 par exemple et compléments vitaminiques ne sont pas remboursés, les dépassements d'honoraires posent problème).

ENTRETIEN DIÉTÉTIQUE

Évaluation pouvant être réalisé par une diététicienne spécialisée ou par un médecin traitant spécialisé en nutrition ou ayant validé le DESC de nutrition. Selon les mutuelles, possibilité de prise en charge d'un suivi diététique (se renseigner).

CETTE ÉTAPE PRÉOPÉRATOIRE PREND DU TEMPS

La HAS recommande un délai de 6 mois minimum entre la demande de chirurgie et l'intervention pour assurer une maturation de la décision, le repérage et l'optimisation des traitements des comorbidités. Il peut-être raccourci si la prise en charge de l'obésité a été optimale ou être plus long si des difficultés somatiques ou psychologiques nécessitent une prise en charge préalable.

Ce délai peut être mal accepté par la personne, impatiente de se faire opérer. Il faut en expliquer la justification.

La précipitation dans la décision expose à des complications ou des échecs.

3 – Synthèse du bilan et réunion de concertation pluridisciplinaire

Au terme de ce bilan, la personne est reçue en consultation par son médecin spécialiste ou son référent dans l'équipe spécialisée pour faire la synthèse. C'est l'occasion d'un premier échange sur la technique opératoire, la préparation à l'intervention et à l'anesthésie et le suivi postopératoire.

Le dossier est maintenant prêt à être présenté lors d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)** qui réunit l'ensemble de **l'équipe spécialisée** : médecin, chirurgien, psychiatre et/ou psychologue, diététicien et si besoin anesthésiste. Le médecin traitant est bienvenu à la **RCP** ou peut adresser ses recommandations.

La **RCP** porte sur la décision opératoire et le **choix du type d'intervention** qui fait intervenir les préférences exprimées par le patient, les **avantages** et les **risques** évalués par l'équipe spécialisée, la **qualité du contrôle des comorbidités**, les conditions du **suivi**, toujours au cas par cas.

La conclusion collégiale de la **RCP** est adressée au médecin traitant et au patient.

- Si la décision d'une intervention est confirmée, un RV est prévu avec le chirurgien et l'anesthésiste pour l'informer sur les modalités pratiques de l'anesthésie, de l'intervention, du séjour en chirurgie et pour programmer la date opératoire (une entente préalable auprès de la Sécurité sociale est recommandée).
- Si la décision de la RCP n'est pas favorable à une chirurgie de l'obésité, une consultation est prévue et un suivi nutritionnel organisé. Plusieurs cas sont possibles : une véritable contre indication à la chirurgie ou une contre indication temporaire ou un avis réservé. Dans cette hypothèse, l'éventualité d'une chirurgie est parfois reportée de quelques mois sous réserve d'une prise en charge spécifique.



L'INTERVENTION ET LE PREMIER MOIS POST-OPÉRATOIRE

1 – Le séjour en chirurgie

L'intervention se fait dans 98% des cas par laparoscopie. Exceptionnellement au cours de l'intervention, des contraintes techniques conduisent le chirurgien à modifier le plan opératoire : par exemple renoncer à un by pass et réaliser une sleeve si par exemple l'anse grêlique n'est pas assez longue pour réaliser le montage ou par laparotomie. Le patient est prévenu de ces éventualités et sera informé à son réveil des raisons pour lesquelles le chirurgien a du avoir recours à ce changement.

La durée de l'opération varie en moyenne de 1 à 3 heures selon la technique et les difficultés opératoires. L'opéré(e) est en salle de réveil pendant quelques heures puis transféré(e) dans sa chambre. L'existence de pathologies associées peut justifier un séjour prolongé en salle de réveil ou en unité de soins intensifs. Notamment en cas de problèmes cardiaques ou respiratoires. En fonction des chirurgiens et des techniques utilisées, il peut être nécessaire de garder une sonde gastrique, un drain abdominal ou une sonde urinaire 1 à 3 jours. La durée de séjour est en moyenne de 2 à 5 jours, parfois plus en cas de complications.

Des complications chirurgicales précoces notamment des fistules, des occlusions (*cf. infra*) peuvent conduire à des réinterventions au cours du séjour en chirurgie. Leur diagnostic n'est pas simple car les signes péritonéaux peuvent manquer et les symptômes peuvent être trompeurs et donner le change avec des complications médicales. Les complications médicales post-opératoires sont dominées par l'embolie pulmonaire et la défaillance cardio-respiratoire. Le port de bas de contention, un traitement par HBPM, le lever précoce visent à réduire ces risques accrus en cas d'obésité.

2- Prescriptions de sortie

Des informations sont fournies par l'équipe diététique sur la reprise progressive de l'alimentation en fonction du type d'intervention. Le relais entre l'équipe spécialisée et le médecin traitant est assuré pour l'adaptation des traitements des comorbidités (ex. diabète) et les prescriptions de vitamines et micronutriments.

Le patient est informé, via un carnet de suivi devant lui être remis, des signes d'alerte de complications et de la nécessité de consulter immédiatement, de jour comme de nuit en cas de suspicion de complication. Les consultations de suivi sont programmées.

3 - Retour au domicile : le premier mois post opératoire

La reprise des boissons et de l'alimentation est très progressive sous forme liquide puis semi liquide fractionnée, en privilégiant les apports protéiques, avec la prise des traitements et des boissons en dehors des repas. Des informations sont fournies au patient en fonction du type d'intervention. En particulier le patient sera informé de la nécessité de manger lentement.

Pour information, la pratique de l'activité physique pourra reprendre à la fin du premier mois.

Adaptation des traitements.

- Dans le 1^{er} mois après l'intervention, des améliorations rapides des comorbidités, diabète et parfois HTA, peuvent imposer des adaptations de traitements.
- Le diabète doit être surveillé de près : une diminution parfois importante (de 50% ou plus) des doses d'antidiabétiques oraux ou d'insuline est le plus souvent nécessaire, notamment après un by-pass. Il faut être vigilant en cas de prise de traitements pouvant provoquer des hypoglycémies (sulfamides ou insuline : arrêt souvent nécessaire). L'autosurveillance glycémique et le suivi médical sont donc nécessaires au cours des premières semaines. Les analogues du GLP-1 ainsi que les inhibiteurs du DDP4 pourront être suspendus.
- L'arrêt des diurétiques est le premier ajustement en cas de tension basse ou d'hypokaliémie d'autant plus que les apports hydriques sont souvent faibles (risque de déshydratation).
- La prescription d'acide ursodésoxycholique durant la période initiale de perte de poids importante vise à prévenir le risque de lithiase biliaire (en l'absence de cholecystectomie).
- Quelque soit la chirurgie, tous les patients seront sous IPP pendant 1 an. Ils seront poursuivis si le patient a un antécédent d'ulcère gastro-duodéal, un tabagisme actif ou un traitement gastro-toxique au long court.

Attention aux complications chirurgicales du premier mois : une urgence

Il peut s'agir d'occlusions, de fistules, d'hémorragies, de complications de paroi ou du matériel implanté. **La symptomatologie est souvent trompeuse.** Si le tableau peut être typique, la symptomatologie est souvent déroutante sans syndrome péritonéal et peut donner le change avec une complication médicale. Une complication chirurgicale est suspectée devant :

- une tachycardie (>120 /min), une gêne respiratoire,
- une agitation, une sensation de malaise
- un sepsis, des douleurs abdominales et/ou vomissements importants

Le patient doit être transféré en urgence dans le service spécialisé où le chirurgien décidera d'une éventuelle exploration chirurgicale.

Tout retard au diagnostic, met en jeu le pronostic vital. Il n'est pas recommandé de prescrire des examens radiologiques avant d'adresser le patient au chirurgien : il s'agit souvent d'examens moyennement contributifs et qui peuvent faire perdre du temps.

Signes d'alerte d'une complication chirurgicale	Complications précoces : 30 jours post opératoire
<ul style="list-style-type: none">■ Tachycardie >120/mn■ Fièvre ou fébricule■ Polypnée et/ou gêne respiratoire■ Douleur abdominale post-prandiale■ Vomissements, dysphagie■ Douleur dorsale, pesanteur pelvienne■ Hoquet■ Sensation de malaise intense récent■ Hématémèse et méléna	<ul style="list-style-type: none">■ Dilatation gastrique aiguë■ Fistule anastomotique■ Hémorragie digestive (haute ou basse)■ Absès■ Lâchage de la ligne de suture■ Occlusion



LA PREMIÈRE ANNÉE APRÈS L'INTERVENTION

Il est conseillé à la personne opérée de poursuivre les consultations habituelles avec son médecin traitant et de le consulter sans retard en cas d'événement intercurrent.

Des consultations avec l'équipe spécialisée sont prévues au minimum le 1^{er}, 3^{ème}, 6^{ème} et 12^{ème} mois après l'intervention. Un programme de suivi par SMS ou par internet (exemple : programme Barianet), peut être proposé au patient pour faciliter le suivi « à distance ».

Le suivi est centré sur :

- l'évolution de la situation pondérale et nutritionnelle, psychologique et relationnelle
- les gênes notamment digestives
- l'adaptation des traitements du diabète, de l'hypertension et de l'apnée du sommeil
- l'adhésion aux prescriptions de vitamines et micronutriments
- les signes d'alerte de complications et la conduite à tenir en cas d'urgence (cf. tableau)
- la nécessité d'une contraception efficace durant cette première année
- l'activité physique adaptée
- l'alimentation : un RV avec un diététicien
- la recherche de malaises post prandiaux fréquents. Ceux-ci peuvent être soit des *dumping syndromes* soit d'authentiques *hypoglycémies* qui surviennent plus à distance des repas (2 à 4 h après un repas). Leur prise en charge repose sur des mesures diététiques souvent très efficaces (diminuer les glucides à « index glycémique élevés », arrêt des boissons sucrées, et fractionnement des apports alimentaires) parfois associées à une prise en charge médicamenteuse qui sera proposée par le spécialiste (inhibiteur de l'alpha-glucosidase). Ils surviennent généralement après 6 à 12 mois mais peuvent être plus précoces. Une prescription d'auto-contrôleur glycémique est appropriée au moment des symptômes pour faire le diagnostic.

Ces malaises hypoglycémiques se manifestent par des symptômes variables fatigue, troubles visuels, tachycardie, changement d'humeur et peuvent aller jusqu'à la perte de conscience.

Les changements de poids sont rapides et importants les premiers mois. Dans la majorité des cas, un mieux-être se manifeste, malgré une fatigue fréquente et une perte de cheveux. L'impact psychologique est généralement favorable, mais la perte de poids (changement d'image corporelle) peut être mal tolérée par la personne ou son entourage qui peut s'en inquiéter. Un entretien avec un psychologue est alors indiqué.

Le succès de la chirurgie est associé à la régularité des consultations et au suivi des prescriptions d'activité physique adaptée et diététique.



LE SUIVI LES ANNÉES SUIVANTES ... TOUTE LA VIE

1 – Les points clés des consultations de suivi

Certaines personnes ont tendance à s'affranchir du suivi médical, à ne plus penser à ce problème d'obésité d'où un risque d'arrêt du suivi. Comment convaincre une personne qui se sent mieux et en partie « débarrassée » qu'un suivi durable est nécessaire ?

Plusieurs arguments-clés :

- Faire face à une éventuelle reprise de poids, surtout avec l'anneau mais également avec toutes les autres interventions,
- Trouver des solutions en cas de gênes, de troubles digestifs, de malaises, de fatigue,
- Dépister et corriger les désordres nutritionnels dont certains peuvent être redoutables voire séquellaires,
- Prendre en compte les troubles fonctionnels (reflux, malaises post prandiaux, hypoglycémie), intolérance alimentaire,
- Prendre en compte l'impact de l'intervention sur la vie relationnelle,
- S'assurer que la prise en charge d'autres pathologies prend en compte la nouvelle situation digestive (traitements gastrotoxiques ou ceux pouvant être mal absorbés),
- Dépister les complications chirurgicales qui peuvent survenir des années après l'intervention (par exemple les hernies internes après bypass, les migrations intra gastriques de l'anneau),
- Suivre l'évolution des complications de l'obésité (résolution mais réapparition possible : diabète de type 2, hypertension artérielle).

En cas de **reprise de poids** on évoque en premier lieu des écarts alimentaires, une activité physique insuffisante, et une moindre efficacité du montage chirurgical.

Les premiers peuvent être liés à un abandon progressif des conseils alimentaires, à une reprise de désordres du comportement alimentaires, à des difficultés psychologiques, à la sédentarité. La perte d'efficacité du montage chirurgical qui peut se voir après toutes les interventions, est plus fréquente avec l'anneau. Elle sera explorée par l'imagerie et endoscopie. Elle explique rarement, à elle seule, la reprise de poids.

Les **désordres nutritionnels** sont liés à une carence d'apport, à un manque de suivi des prescriptions de vitamines et micronutriments ou à des complications chirurgicales.

Il faut **y penser** en cas de vomissements répétés, de perte de poids importante, de fatigue intense, de troubles neuropsychiques. Administrer en urgence des vitamines notamment en B1 et micronutriments sans attendre la confirmation biologique. Attention à la carence en B9 en cas de grossesse !

Il est essentiel de prévoir un bilan biologique annuel même en l'absence de signes cliniques car la nouvelle physiologie digestive peut impacter l'absorption des nutriments et vitamines, même en poids stable (intolérance alimentaire, exclusion duodénale, absence de facteur intrinsèque, modification de l'acidité gastrique).

Retentissement psychologique. Si les bénéfices psychologiques sont généralement francs, il faut connaître le risque de dépression et de tendance suicidaire. S'ajoute l'adaptation de l'entourage au nouveau statut de la personne opérée, source éventuelle d'inquiétude, d'intolérance et réactions. Il est difficile d'aborder ici les différents retentissements psychologiques observés. Insistons sur le fait qu'ils peuvent être déniés et qu'ils peuvent avoir des conséquences personnelles et sociales importantes. **La prise en compte de ces dimensions psychologiques est centrale dans le suivi.**

Les complications médicales de l'obésité s'améliorent dans la grande majorité des cas, de façon variable suivant les personnes. Il faut maintenir une surveillance régulière de ces complications notamment en cas de reprise de poids et surtout adapter à chaque consultation les traitements, en fonction de la nouvelle situation.

Les complications chirurgicales peuvent survenir plusieurs années après l'intervention. **Attention un retard diagnostic peut être dramatique.** C'est le cas de **l'occlusion sur bride et/ou par hernie interne**, rare mais redoutable après by pass: suspectée devant des douleurs abdominales post prandiales récentes avec une dysphagie et des vomissements. Une laparoscopie exploratrice se justifie en urgence à la moindre suspicion en raison du risque de nécrose digestive (pronostic vital). Des **sténoses** du montage compliquent by pass et sleeve. Les complications moins bruyantes sont l'ulcère favorisé par le tabagisme et les anti-inflammatoires (contre indiqués), le **reflux gastro-oesophagien** (sleeve et anneau), et chez les personnes opérées d'un anneau la **dilatation oesophagienne** ou de la **poche gastrique**, la rupture de la tubulure, la **migration** de l'anneau dans la lumière de l'estomac.

A chaque consultation on rappelle les signes d'alerte qui imposent de consulter en urgence :

- fièvre inexplicée
- sensation de malaise intense
- douleurs abdominales ou dorsales
- vomissements répétés, impossibilité de boire ou de manger, dysphagie
- méléna et hématurie
- fourmillements (mains, pieds), déséquilibre, troubles de mémoire
- impression de déprime intense
- « toute modification récente de l'état qui inquiète le patient »

Tableau 2- Les complications chirurgicales et médicales à distance

Signes d'alerte d'une complication chirurgicale	Complications > 30 jours post opératoire
<ul style="list-style-type: none"> ■ Douleurs abdominales post-prandiales ■ Vomissements répétés ■ Toux, hoquet ■ Anémie ■ Signes de reflux ■ Reprise de poids ■ Méléna et hématurie 	<p>précoces</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sténose de l'anastomose ■ Ulcère anastomotique, hémorragie ■ Lithiase biliaire liée l'amaigrissement rapide ■ Erosion gastrique par l'anneau ■ Rupture de la tubulure/infection ■ Reflux gastro-oesophagien sévère ■ Occlusions sur hernie interne, bride, adhérence
Signes d'alerte d'une complication médicale	Complications médicales
<ul style="list-style-type: none"> ■ Neuropathie périphérique, ■ Troubles neuropsychiques, cognitifs, ■ Signes cérébelleux ■ Signes d'hypoglycémie ■ Perte de poids rapide et inadapté ■ Asthénie, frilosité ■ Dépression, idées suicidaire 	<p>tardives</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dénutrition protéique ■ Carence en vitamines B ; Gayet Wernicke ■ Dumping syndrome, hypoglycémie ■ Inadaptation du traitement du diabète ■ Troubles hydroélectrolytiques ■ Dépression, suicide ■ Apparition de comportements addictifs (alcoolisme, TCA)

2 – Calendrier des consultations par le médecin traitant et l'équipe spécialisée

Le patient consultera son **médecin traitant** au moins 3 fois/an pendant les 3 premières années et 1 fois/an ensuite. Le calendrier du suivi spécialisé varie selon la situation du patient.

On peut, au risque d'être schématique, distinguer plusieurs situations :

I) L'évolution ne pose pas de problème, la perte de poids est régulière et stabilisée après 18 mois, aucun symptômes ou effet secondaire ne sont présents, l'observance des recommandations (diététique, vitamines, activité physique) est bonne. Il est recommandé de consulter le spécialiste ou **l'équipe spécialisée** tous les 3 à 5 ans en l'absence de problème intercurrent. La coordination des intervenants du suivi (médecin traitant, pharmacien, paramédicaux, équipe spécialisée) est essentielle. La formalisation d'un programme personnalisé de soins doit permettre à la personne de mieux se repérer dans cette prise en charge multifocale.

II) Un avis spécialisé est requis à tout moment et sans retard si :

- a. **une grossesse** est prévue ou en cours
- b. **échec** pondéral (relatif ou avéré) à moyen terme ou en cas de troubles du comportement alimentaire, de dépression, de déception sur le résultat
- c. **complications** fonctionnelles (dumping, hypoglycémie, douleurs, diarrhée, etc.) nutritionnelles (carences) ou chirurgicales
- d. **«dépendance»** à l'alcool ou autres

III) Les patients polypathologiques et qui restent en situation médicale précaire (respiratoire, cardiaque, hépatique, métabolique, handicap) feront l'objet d'un suivi spécialisé régulier et durable

L'équipe spécialisée doit être accessible pour l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours de soins.

3 – Les facteurs de succès

Les facteurs associés au succès sont :

- Le suivi régulier de l'agenda des consultations avec le médecin traitant et l'équipe spécialisée
- Le suivi des conseils sur l'alimentation après la chirurgie
- La pratique d'une activité physique régulière (2 à 3 fois/semaine), intense et durable
- Des attentes réalistes en termes de perte de poids : la chirurgie permet une perte de poids conséquente, mais ne permet qu'exceptionnellement le retour à un IMC dit « normal ». Il est habituel que le poids se stabilise au bout de 12 à 18 mois

L'absence d'adhésion au suivi est souvent de mauvais pronostic. Dans la mesure du possible, le patient doit être recontacté en cas de non observation de ce calendrier.

4 – Grossesse

Une grossesse est possible quelque soit le type d'intervention. Il est recommandé d'attendre 12 à 18 mois pour éviter la période de perte de poids rapide à haut risque de désordres nutritionnels. Une contraception efficace est donc nécessaire durant cette période même si la personne opérée présentait une infertilité préopératoire car l'amaigrissement améliore l'ovulation. Il convient d'alerter les femmes sur les risques d'inefficacité de la contraception orale en cas de troubles digestifs (vomissements) ou en cas de chirurgies malabsorptives.

En cas de projet de grossesse, un bilan et une prise en charge nutritionnelle spécialisée est indispensable. Des suppléments nutritionnels (fer, folates, iode, vitamines B12 et D) sont généralement prescrits 3 mois avant, pendant toute la grossesse et l'allaitement chez les femmes âgées de plus de 37-38 ans bénéficiant d'une chirurgie bariatrique dans le but de procréer. Ce délai peut être réduit mais ceci doit être discuté au cas par cas avec l'accord des équipes spécialisées. La patiente est confiée à une équipe obstétricale avertie des risques obstétricaux dans cette situation.

5 – Chirurgie plastique

Une perte de poids peut entrainer des problèmes fonctionnels et esthétiques liés à un « surcroit » de peau au niveau de l'abdomen (« tablier gras », des bras, des cuisses et des seins. Il est difficile de prévoir l'importance de ces difficultés. On peut en faire le bilan 2 ans après l'intervention (au moment de la stabilisation pondérale). Ce n'est pas une chirurgie banale, elle doit être confiée à un spécialiste de chirurgie plastique et reconstructive en particulier du fait des risques liés à la cicatrisation. L'état nutritionnel doit être satisfaisant et le tabagisme sevré (une aide est recommandée). La prise en charge par les organismes de sécurité sociale est loin d'être systématique (entente préalable).

6 – Réinterventions

Une seconde procédure peut être envisagée, après discussion pluridisciplinaire, en cas d'échec ou de dysfonctionnement du montage chirurgical. C'est fréquent après anneau gastrique. Il est vraisemblable que les risques soient plus élevés que lors d'une première intervention. Ces ré-interventions délicates sur le plan technique seront confiées à un chirurgien expérimenté. Les causes de l'échec, en particulier comportementales et psychologiques, doivent être analysées et faire l'objet d'une prise en charge avant de ré-intervenir.

	1ère année	Années suivantes
Consultations Médecin traitant	4 mois, 9 mois	2 à 3 fois par an x 3 ans Puis au moins une fois par an
Consultations spécialisée (médecin /ou chirurgien)	1er, 3ème, 6ème, 12ème mois	3 à 5 ans
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Cinétique de perte de poids - Etat nutritionnel et tolérance alimentaire - Suivi des comorbidités et adaptation des traitements (par exemple maintien ou non du traitement du SAS a 6-12 mois) - Complications chirurgicales - Conseils en cas d'urgence - Conseils contraception /grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la tolérance alimentaire - Recherche de carences nutritionnelles - Recherche complications chirurgicales - Situation psychologique et sociale - Suivi des comorbidités - Suivi des prescriptions (vitamines) - Conseils activité physique - Conseils grossesse - Conseils chirurgie plastique
Examens biologiques	<p>3 et 6 mois après l'intervention :</p> <p>NFS, ferritine, saturation transferrine, folate, PTH, créatininémie, kaliémie, albuminémie, préalbuminémie, calcémie, CRP, vitamine D. EAL et BHC HbA1c si diabète Vitamine B12 à 1 an Le dosage de vitamine B1* est indiqué si signes cliniques, vomissements répétés ou perte de poids majeure</p>	<p>Tous les ans</p> <p>NFS, ferritine, saturation transferrine, vitamine B1, B12, vitamine D, folate, PTH, albuminémie, préalbuminémie, CRP, calcémie, kaliémie. Le dosage de vitamine B1* est indiqué si signes cliniques, vomissements répétés ou perte de poids majeure EAL et HbA1c (si diabète)</p> <p>* Non remboursé par la sécurité sociale</p>
Examens d'imagerie et de biologie	<ul style="list-style-type: none"> - Transit OGD après l'intervention régulièrement après (de)serrages de l'anneau, et en cas de signes d'alerte de complications chirurgicales (sauf si urgence adresser directement au chirurgien sans radio préalable) - Examens pour évaluer l'évolution des comorbidités de l'obésité 	
Consultations supplémentaires en fonction de la clinique :	<ul style="list-style-type: none"> - Diététicien ; Infirmier clinicien - Psychologue - Educateur médico-sportif 	
Situations aiguës	Contact immédiat avec l'équipe spécialisée si symptômes d'alerte (cf. supra)	
Éducation thérapeutique	ETP « chirurgie de l'obésité »	
Groupes de paroles Réunions associatives	Groupes d'échanges sur les changements induits par la chirurgie dans la vie personnelle et relationnelle	
Supplémentations et traitements	<ul style="list-style-type: none"> - Systématique si chirurgie malabsorptive : multivitamines, calcium, Vit D, Fer, B12 - Si chirurgie restrictive systématique pendant la perte de poids : multivitamines +/- fer - Si vomissements ou perte de poids majeure quelle que soit l'intervention : B1 parentérale - Si projet de grossesse ou grossesse: folates et optimisation du reste des multivitamines - Importance de la surveillance des apports en protéines, calcium, vitamine D dans tous les modèles chirurgicaux 	
Calibrage de l'anneau	- Adapté à la perte pondérale et à la tolérance digestive, contrôlé radiologiquement (dilatation, malposition)	
Chirurgie réparatrice	- attendre 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - après stabilisation durable du poids - en l'absence de dénutrition - sevrage tabac
Réintervention	<ul style="list-style-type: none"> - Une seconde procédure peut être envisagée en cas d'échec ou de dysfonctionnement du montage - Il est indispensable de comprendre les causes de l'échec de la première procédure : l'évaluation doit être complète et multidisciplinaire (psychologue, diététicien...) - L'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal atteint au cours de la vie - Les risques sont sans doute plus élevés que lors d'une première intervention - L'équipe chirurgicale doit avoir une expertise dans ces ré-interventions +++ 	
Carte ou Livret	Remise d'une carte ou d'un livret réunissant les informations sur l'intervention Le patient doit disposer des numéros du centre à contacter en cas de difficultés	



CONCLUSION

La chirurgie de l'obésité est nécessairement à envisager dans le cadre d'un parcours de soins durable qui mobilise la personne, son médecin traitant et l'équipe spécialisée multidisciplinaire. Chaque étape de cet itinéraire clinique, avant pendant et après l'acte chirurgical, est marquée par des points critiques qu'une collaboration entre ces trois partenaires permet de franchir de manière proactive.

La non observance est actuellement un problème majeur pouvant conduire à l'échec ou à des complications graves et ce d'autant plus que de nombreux patients opérés sont perdus de vue. Le concept de « parcours de soins durable », piloté par le médecin traitant prend ici tout son sens.

En savoir plus

Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

Ministère de la santé: www.sante.gouv.fr › Plan obésité

Sociétés médicales et chirurgicales

■ **SOFFCO Société de chirurgie de l'obésité www.soffco.fr**

■ **AFERO Société médicale sur l'obésité www.fero.asso.fr**

Les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)

http://www.fero.fr/FR/centres_specialistes_de_l_obesite/l_organisation_territoriale.asp

Associations de personnes obèses

■ **Collectif national des associations d'obèses (CNAO) www.cnao.fr**

■ **Allegro Fortissimo. www.allegrofortissimo.com**

■ **Regard XXL. www.regardxxl.com**



47-83, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris - France

contact@ican-institute.org

www.ican-institute.org



Avril 2015 V2.0

