



Etre soigné,

c'est aussi être informé

Chirurgie de l'obésité



Pôle Hospitalo-Universitaire des maladies de l'appareil digestif
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Sommaire

Introduction	5
1. Rappels sur l'intervention chirurgicale	6
Gastroplastie par anneau modulable.....	7
Sleeve gastrectomie.....	7
Bypass gastrique en Y.....	7
Dérivation bilio-pancréatique.....	8
2. Prise en charge par l'Assurance Maladie	9
3. Séjour Hospitalier	10
Jours précédant l'hospitalisation.....	10
Régime maigre.....	10
Conseils diététiques avant l'intervention.....	10
Répartition alimentaire journalière du régime préopératoire.....	12
Tabac.....	13
Vos bagages.....	13
Hospitalisation.....	13
Après votre chirurgie.....	14
4. Retour à domicile	15
Reprise des activités physiques.....	16
Alimentation.....	16
Traitements post-opératoires.....	16
Antalgiques.....	16
Anticoagulation.....	16
Inhibiteurs de la Pompe à Proton.....	17
Acide Ursodesoxycholique.....	17
Traitement du diabète.....	17
Traitement anti-hypertenseur.....	17
Supplémentation vitaminique.....	18
Plaies opératoires.....	18
Surveillance.....	18

Post opératoire normal.....	18
Signes d'alerte.....	18
Douleurs et autres signes généraux.....	18
Difficultés à s'alimenter.....	19
Vomissements.....	19
Régurgitation ou reflux.....	19
Nausées et mauvais goût dans la bouche.....	19
Constipation.....	19
Diarrhées.....	19
Gaz nauséabonds, ballonnements.....	20
Dumping syndrome.....	20
5. Retour à la vie active	21
Activités physiques.....	21
Sexualité, contraception, grossesse.....	21
Aspects psychologiques.....	22
Retour au travail.....	22
Suivi médical.....	22
Perte de poids.....	23
Maintien du poids.....	25
Vitamines.....	25
Perte de cheveux.....	26
Chirurgie réparatrice.....	26
Complications tardives.....	26
6. Support et aides	27
Numéros utiles.....	27
Ressources internet.....	27
Éducation thérapeutique.....	27
7. Mes partenaires santé	28
8. Mes rendez-vous après l'intervention	29
9. Mes questions	29
10. Conclusion	31
Annexe : Protocole de réalimentation post-opératoire	32

Introduction

Vous êtes arrivé au terme du parcours de préparation à une chirurgie de l'obésité. Nous nous en réjouissons. La date d'intervention est maintenant fixée. Ce document a pour objectif de vous aider dans cette dernière étape de votre projet.

Parce que c'est une nouvelle vie qui se prépare, parce que les interrogations sont nombreuses, parce que tout ne peut être dit au cours d'une même consultation mais aussi parce que chaque centre prend en charge les patients de manière différente, ce fascicule devrait vous aider.

Il est certainement incomplet et n'attend que vos remarques pour être enrichi.

Quoi qu'il en soit, l'équipe du CHU de Toulouse, nutritionnistes, chirurgiens, endocrinologues, diététiciens, psychologues sont à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous souhaitons une bonne lecture en attendant de vous revoir pour votre hospitalisation.

L'équipe de chirurgie bariatrique du CHU de Toulouse

1

Rappels sur l'intervention chirurgicale

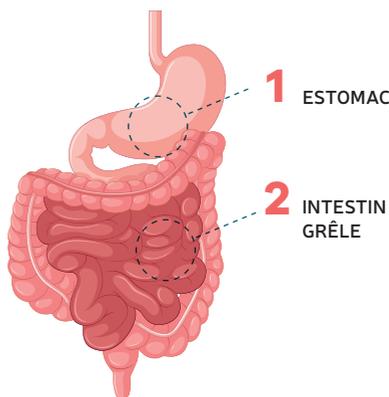
Quatre interventions principales peuvent vous être proposées, reconnues par la Haute Autorité de Santé (HAS) : l'anneau gastrique ajustable, la sleeve gastrectomie (gastrectomie longitudinale), le bypass gastrique et la dérivation bilio-pancréatique. Toutes ces interventions sont réalisées par cœlioscopie sauf cas particuliers. De manière schématique, le résultat moyen en terme de perte pondérale dépend du type d'intervention : nous pouvons dire que l'efficacité augmente avec la complexité et donc avec le risque de complication après l'intervention.

Il existe trois mécanismes pour induire chirurgicalement une perte pondérale :

- **La restriction** (réduction de la taille de l'estomac) qui induit un changement du comportement alimentaire avec sensation de satiété précoce et réduction du volume alimentaire. C'est le cas de toutes les interventions réalisées et c'est le seul mécanisme de l'anneau de gastroplastie modulable.
- **La diminution des hormones de la faim** dont la Ghréline, surtout après sleeve gastrectomie.

- **La malabsorption**, ou mauvaise digestion des aliments qui s'ajoute lorsqu'on réalise un bypass gastrique ou une dérivation bilio-pancréatique.

L'addition progressive de ces différents mécanismes explique l'augmentation de l'efficacité des différentes interventions.



1

RESTRICTION

La quantité d'aliments ingérés est réduite : la sensation de satiété apparaît plus rapidement.

2

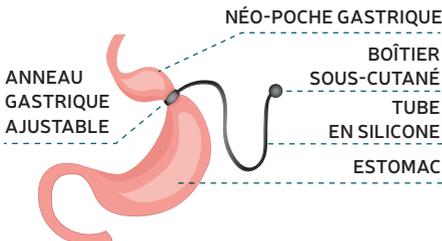
MALABSORPTION

Une partie de l'intestin est court-circuitée : les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle où seule une fraction des aliments est assimilée.

Gastroplastie par anneau modulable

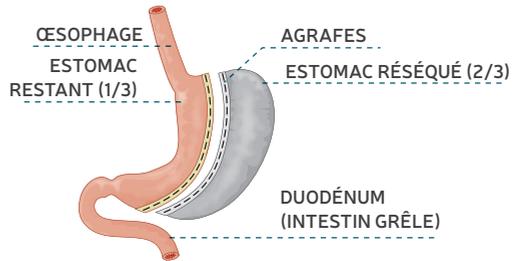
C'est l'intervention la plus rapide (45 minutes), la moins risquée mais probablement la moins efficace. La perte de poids attendue en moyenne à 2 ans est de 50 % de votre excès pondéral. C'est la seule intervention réversible facilement avec néanmoins un risque majeur de reprise pondérale en cas de retrait de l'anneau. Ce retrait est toutefois nécessaire dans environ 40 % des cas dans les 10 ans qui suivent sa mise en place.

Le principe est de positionner sur la partie haute de l'estomac un anneau en silicone gonflable. Ce dernier a pour effet de ralentir, comme un sablier, la vidange gastrique. Une fois la poche remplie, la mise en tension des parois de l'estomac entraîne une impression de satiété précoce alors que le reste de l'estomac n'est pas rempli. Il est possible de resserrer cet anneau afin d'augmenter la restriction au moyen d'un boîtier qui est relié à l'anneau et dans lequel on peut injecter de l'eau. Dans les semaines ou mois qui suivent la pose de l'anneau, il est souvent nécessaire de « régler l'anneau » en procédant à plusieurs séances de « gonflage » ou de « dégonflage » en fonction de la sensation de restriction. Cet ajustement se fait par simple ponction lors d'une consultation.



Sleeve gastrectomie

C'est une intervention qui consiste à réduire la taille de l'estomac en le transformant en un tube (d'où son nom de gastrectomie longitudinale). Elle dure environ 1 heure et permet en moyenne une perte de 65 % de votre excès pondéral. L'estomac est donc sectionné sur toute sa hauteur afin d'en retirer définitivement les 2/3 environ. Le mécanisme est celui d'une restriction alimentaire, avec un volume final de 100 à 150 ml, à laquelle s'ajoute, par le retrait de la grosse poche gastrique, le retrait des cellules sécrétrices de ghréline, responsable de la sensation de faim. On réduit donc la capacité de l'estomac et également la sensation de faim.

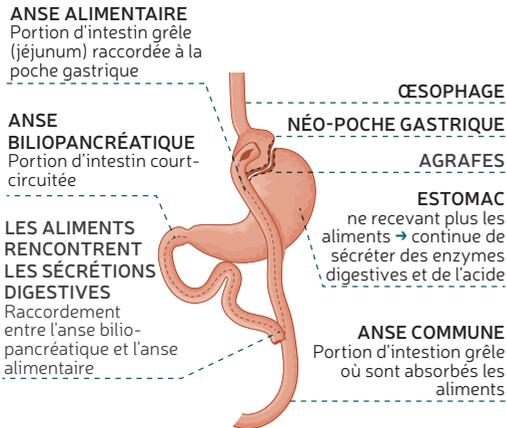


Bypass gastrique en Y

Le bypass est une intervention plus complexe donc plus longue, sa durée est d'environ 2 heures. Elle est également plus efficace. La perte de poids attendue est de 75 % environ. Le principe est de séparer l'estomac en 2 parties, c'est la bipartition gastrique :

- 1 partie alimentaire qui correspond à une petite poche de 30 ml
- 1 partie exclue qui alimente le circuit bilio-pancréatique et contient l'ensemble des sécrétions gastriques, biliaires et pancréatiques nécessaires à la digestion.

La partie alimentaire est branchée par une première anastomose ou couture sur l'intestin grêle afin d'assurer le transport des aliments, la seconde partie est raccordée un peu plus bas (environ 1,5 m) également à l'intestin grêle en faisant un branchement en Y de manière à retarder le processus de digestion.

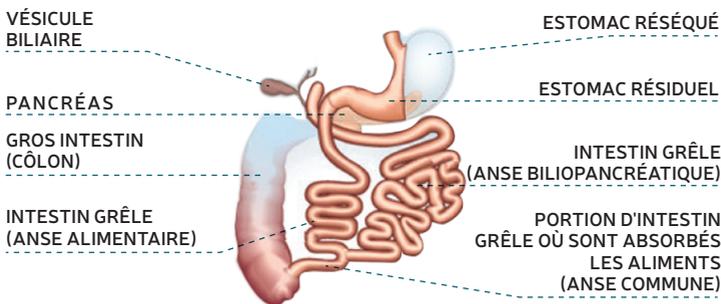


Ainsi, il existe comme pour les deux premières interventions (anneau gastrique et sleeve gastrectomie), un phénomène de restriction, comme pour la sleeve gastrectomie une action hormonale (réduction de la Ghréline) et en plus, un phénomène de malabsorption qui porte principalement sur les graisses et les protéines. Cette ma-

labsorption conduit à une plus grande efficacité mais contraint par ailleurs à une supplémentation vitaminique à vie.

Dérivation bilio-pancréatique

Cette chirurgie débute par la réalisation d'une sleeve gastrectomie, permettant de réduire l'estomac. Est ensuite créé un montage en Y, comme pour le bypass gastrique mais qui est branché sur le duodénum et non plus directement sur l'estomac. De plus, la partie centrale du Y est située à 1 m de la fin de l'intestin grêle, 1 m qui représente la longueur sur laquelle la digestion des graisses et protéines pourra être effective. Une ablation de la vésicule biliaire est réalisée la plupart du temps. Cette chirurgie permet les meilleurs résultats en termes de perte de poids (80 à 85 % de perte d'excès de poids) et d'amélioration des complications en rapport avec l'obésité (diabète, HTA...) mais est réservée aux patients avec un IMC supérieur à 50 kg/m2 en raison d'un risque opératoire plus élevé et de complications sévères à distance de la chirurgie (dénutrition, carences sévères...).



2

Prise en charge par l'Assurance Maladie

Au terme de votre parcours de préparation, le choix de l'intervention est arrêté lors de la dernière consultation chirurgicale.

Cet acte de chirurgie de l'obésité est soumis à une entente préalable de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire que la Sécurité Sociale donne son accord, après avoir vérifié que les recommandations ont bien été suivies (indication, bilan, préparation...), pour que votre opération soit prise en charge.

Une fois que vous aurez signé le formulaire d'information à la chirurgie et donné votre consentement, nous occuperons des démarches de demande d'entente préalable auprès de votre organisme en charge de votre Assurance Maladie (CPAM, MSA, ...). Le délai de réponse est au minimum de 15 jours à partir de la réception de la demande. Sans réponse après ce délai, on considère qu'il y a un accord tacite.

3

Séjour hospitalier

Jours précédant l'hospitalisation

Régime maigre

Arrivé à ce stade de votre préparation, les consultations avec le diététicien vous ont permis de mettre en place le fractionnement alimentaire, éliminer les boissons gazeuses, prendre les boissons en dehors des repas, manger lentement, bien mastiquer...

Une prise de poids significative avant la chirurgie est une contre-indication à ce que vous soyez opéré car étant considéré comme le reflet d'un comportement alimentaire non adapté.

En fonction de votre Indice de Masse Corporelle (IMC) et de la taille de votre foie, un régime préopératoire peut vous être proposé, à respecter pendant les 7 à 10 jours qui précèdent l'intervention. Celui-ci n'a pas pour objectif de faire obligatoirement diminuer votre poids mais de réduire le volume de votre foie et de la masse graisseuse située autour des intestins afin de faciliter la chirurgie. Si vous êtes diabétique, ce régime devra être adapté avec votre diététicien afin de ne pas risquer d'hypoglycémies sévères. De même, en cas de diabète, un dernier contrôle biologique (HbA1c) vous sera proposé dans les 2 à 4 semaines avant l'intervention pour vérifier le nécessaire bon équilibre de votre diabète.

Conseils diététiques avant l'intervention

- Fractionner votre alimentation : prendre vos 3 repas habituels et rajouter 2 à 3 collations par jour, cela vous permet de mieux gérer votre appétit (éviter les fringales qui entraînent du grignotage) et limiter le volume des repas (surtout après la chirurgie)
- Manger lentement et bien mastiquer pour mieux ressentir votre rassasiement : le repas doit durer au moins 30 minutes. Ne pas chercher à finir votre assiette
- Supprimer les sucres purs et les produits sucrés
- Supprimer les matières grasses ajoutées et les aliments gras (cf. liste ci-contre)
- Privilégier la cuisson vapeur, à l'étouffée, au court-bouillon, au grill, sans ajout d'huile ou de beurre. Pour relever la saveur, vous pouvez utiliser les épices et aromates (mais pas de sauces d'accompagnement type mayonnaise, ketchup, moutarde...)
- Privilégier les légumes verts, la consommation de féculents et de pain sera très limitée (cf. répartition alimentaire)
- Pour un apport suffisant en protéines, manger 1 part de viande/pois-

son/œufs par repas et favoriser les laitages en collations.

- Ne consommer que 2 fruits maximum par jour.

- Buvez suffisamment : privilégier l'eau plate (pas de gazeux) ou thé, café, tisane sans sucre, en buvant entre les repas régulièrement de petites gorgées.



ALIMENTS À SUPPRIMER

Les boissons sucrées : sirop, jus de fruits, sodas, limonade...

Les aliments sucrés et gras : bonbons, pâte à tartiner, pâtisseries, biscuits, chocolat, glaces, fruits secs type pruneaux, dattes, figues, noisettes, amandes, noix, cacahuètes, noix de cajou, chips, biscuits apéritifs, fromage...

Les matières grasses d'assaisonnement : beurre, huile, crème fraîche.

Les préparations contenant beaucoup d'huile : aliments à l'huile en conserve, aliments panés ou frits, confits, pizzas, hamburgers, kebab, plats préparés du commerce...

La charcuterie et les abats (sauf le jambon blanc et le foie de volaille, veau, lapin, génisse).

Les boissons alcoolisées y compris boissons sans alcool à cause du sucre rajouté.



ALIMENTS AUTORISÉS

Yaourts ou fromage blanc nature à 0 % matière grasse sans sucre ajouté.

Fruits crus ou cuits sans sucre ajouté (2 portions par jour)

Légumes verts crus ou cuits nature sans ajout de matière grasse.

Viande, poisson ou œufs cuits sans ajout de matière grasse.

Féculents cuits à l'eau ou à la vapeur : pommes de terre, pâtes, riz, semoule, mélange de céréales, légumes secs au naturel (lentilles, pois chiche, haricots rouges, haricots blancs, flageolets...)

Répartition alimentaire journalière du régime préopératoire

Si la sensation de faim est trop importante, possibilité de consommer en plus laitage sans sucre 0 % matière grasse.

PETIT-DÉJEUNER	COLLATION	GOÛTER
<ul style="list-style-type: none"> • café • thé • tisane • 2 biscottes nature • 1 laitage nature sans sucre ou équivalent • 1 verre de lait écrémé à 0 % dans la boisson chaude 	1 laitage sans sucre ou 1 fruit si pas pris au repas	1 laitage sans sucre ou 1 fruit si pas pris au repas
<hr/>		
	DÉJEUNER	DÎNER
<ul style="list-style-type: none"> • LÉGUMES VERTS : <i>Sans ajout de matière grasse</i> • Artichauts, asperge, aubergine, betterave, blette, brocolis, carotte, céleri, chou, chou-fleur, cœur de palmier, courgette, concombre, épinard, fenouil, haricots plats, laitue, melon, navet, oseille, poivron, radis, salsifis, tomates... 	1 assiette	1 assiette
<ul style="list-style-type: none"> • FÉCULENT : <i>Sans ajout de matière grasse</i> • Pommes de terre, pâtes, riz, semoule, purée, petits pois, fèves, maïs, flageolets, haricots secs, lentilles, pois cassés, pois chiches... 	100 g cuits soit environ 3 cuillères à soupe ou 1 tranche de pain (40 g)	Pas de féculents ni pain
<ul style="list-style-type: none"> • VIANDE MAIGRE OU ÉQUIVALENT : <i>Sans ajout de matière grasse</i> • Préférer la viande blanche: volaille sans peau, lapin, filet de porc, jambon blanc, steak haché 5 % de matières grasses. • Pas d'agneau, mouton, poitrine ou échine de porc, entrecôte ou côte de bœuf, saucisse, boudin... • Œufs/poisson maigre (pas de saumon, sardines) crustacés 	100 g	100 g
<ul style="list-style-type: none"> • PRODUITS LAITIERS : • Yaourt nature, fromage blanc nature à 0 % de matière grasse 	/	1
<ul style="list-style-type: none"> • FRUITS CRUS OU CUITS type compote s/sucre ajouté: • Pomme, poire, pêche, brugnion, orange, pamplemousse • Ananas frais (2 tranches), 200 g de melon • Mandarines, kiwis, abricots, prunes (2 à 3 fruits) • Fraises, framboises, mûres, groseilles (1 bol) • Ananas frais (2 tranches), 200 g de melon • Bananes (petit fruit ou 1/2 fruit) • Cerises (10 unités), raisin (10 grains), figues (2 fruits) 	1	1

En cas de difficulté, vous pouvez joindre par téléphone la diététicienne du service, au 05 61 32 22 50.

Tabac

Le tabac peut avoir des effets néfastes lors de votre intervention. Après l'intervention, elle favorise la survenue de complications respiratoires (infection, encombrement...), cardiaques mais également les risques de fuite au niveau des agrafes ou des coutures. Elle retarde la cicatrisation des plaies. À distance, elle expose à un risque plus élevé d'ulcère en cas de couture entre l'estomac et l'intestin (anastomose gastro-jéjunale).

Il est donc vivement conseillé d'arrêter de fumer au moins 6 semaines avant l'intervention ou en tout cas de limiter sa consommation à quelques cigarettes par jour (moins de 6 cigarettes par jour). L'arrêt du tabac moins de 6 semaines avant la chirurgie est contre-productif car crée une hyper-réactivité bronchique qui vous fait courir des risques lors de l'intubation pour l'anesthésie générale.

Vous pouvez être aidé dans votre démarche en prenant contact avec l'unité de Coordination d'Aide au Sevrage Tabagique (UCAST) du CHU (Tél. 05 67 77 17 43) ou en consultant le site www.tabac-info-service.fr/Accompagnement/Arrêter-Fumer.

Vos bagages

Prévoyez dans vos bagages :

- Vos affaires de toilette,
- Des vêtements de nuit,
- Des chaussons,
- Votre CPAP ou BiPAP si vous êtes appareillé(e) pour vos apnées du sommeil,
- Vos médicaments ou au moins la liste,
- Vos lunettes, étui,

- Votre accessoire d'aide à la marche si nécessaire,
- Les chaussettes ou bas de contention prescrits lors de la consultation d'anesthésie,
- Des serviettes hygiéniques en fonction,
- N'emmenez pas d'objet de valeur.

Hospitalisation

N'oubliez pas d'apporter votre carte vitale, carte de mutuelle et carte d'identité.

Vous serez admis la veille de votre intervention. L'horaire (en début d'après-midi généralement) et le lieu vous seront précisés par le secrétariat.

Dès votre arrivée, vous remplirez toutes les formalités administratives (désignation de la personne de confiance, recueil de données, inventaire, etc.).

Vous recevrez ensuite la visite de l'anesthésiste du service qui fixera les derniers détails avant l'intervention (traitements à prendre, heure de début du jeûne...). De même, vous aurez la visite du chirurgien qui répondra à vos dernières questions. Pensez à leur signaler la moindre anomalie ou changement depuis votre dernière consultation (modification de traitement, maladie récente...).

L'infirmière peut être amenée à vous prélever un bilan sanguin comprenant notamment un test de grossesse si vous êtes une femme en âge de procréer. Les aides-soignants vous aideront ensuite pour le protocole de préparation cutanée (rasage, douche au savon doux...), vous pèseront.

Aucun maquillage, vernis à ongle, bijou, piercing n'est permis en salle de bloc opératoire.

Le matin de l'intervention, pensez à laisser vos lunettes, retirer vos prothèses dentaires, mettre les bas de contention. Vous serez ensuite accompagné en brancard en salle d'opération.

Après votre chirurgie

L'intervention dure entre 45 minutes et 4h. Vous êtes ensuite conduit en salle de réveil pour une période de 2h au minimum. Vous regagnez alors votre chambre ou les soins intensifs en fonction de ce qui avait été convenu lors de la consultation d'anesthésie.

Ne soyez pas inquiet vis-à-vis des appareils qui vous entourent, de la perfusion et autres tuyaux. Ils permettent de vous surveiller en post opératoire et vous administrer les traitements adéquats.

Après votre intervention, l'administration des traitements contre la douleur dépendra de vos besoins. Ceux-ci seront évalués sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur, 10 étant la douleur maximale imaginable. Il faudra donc solliciter l'équipe soignante pour adapter au mieux votre traitement en fonction de vos symptômes. Il en est de même pour tous les inconforts potentiels (nausées, intolérance médicamenteuse...).

Sauf cas particulier, la réalimentation débute dès votre retour en chambre. Celle-ci est progressive selon un protocole que nous avons établi. Vous serez autorisé dans un premier temps

à boire de l'eau claire puis l'alimentation sera progressivement élargie.

Le premier soir, vous serez autorisé à boire de l'eau claire puis l'alimentation sera progressivement élargie.

Le premier lever dépend de l'heure de votre sortie du bloc, généralement 6h après votre réveil. Vous pourrez prendre une douche dès le lendemain de votre opération.

Après l'opération, vous serez équipé d'un système de compressions pneumatiques intermittentes, qui massera vos jambes pour améliorer la circulation du sang. Il ne dispense pas du port des chaussettes ou bas de contention et sera arrêté dès que vous commencerez à marcher à savoir le lendemain de l'intervention.

Rarement un drain abdominal peut être laissé en place au moment de votre chirurgie. Il permet de surveiller l'absence de saignement intra-abdominal, d'évacuer certains épanchements. Il n'est pas systématique. Il est retiré en fonction de son aspect et débit à partir du 1^{er} jour post opératoire.

Sauf cas particulier, il n'y a pas de sonde naso-gastrique après l'intervention.

L'équipe soignante vous sollicitera pour aller au fauteuil le plus souvent possible, marcher, etc.

La durée de votre séjour est de 1 à 3 jours après l'intervention, parfois plus en fonction du type de chirurgie, notamment en cas de reprise chirurgicale. De même, ce séjour peut être prolongé en cas de complication de l'anesthésie ou de la chirurgie.

4

Retour à domicile

Il sera possible de bénéficier d'un VSL si personne dans votre entourage ne peut vous accompagner pour votre retour à domicile.

Les sorties du service se font généralement en fin de matinée, voire en début d'après-midi dans certaines situations (sortie dès le 2e jour post opératoire).

Prévoyez de ne pas être seul(e) dans la semaine après votre retour à la maison. Il faut également anticiper une aide pour faire vos courses, le ménage, la préparation de vos repas dans les 3 premières semaines.

Dès votre sortie du service, assurez-vous que les rendez-vous post-opératoires sont bien pris, avec le chirurgien 1 mois après l'intervention, avec le nutritionniste ou endocrinologue 3 mois après l'intervention. Vous pourrez consigner les dates et heures des rendez-vous en fin de carnet (cf. chapitre VIII).

Reprise des activités

Dès que possible, vous pouvez reprendre vos activités quotidiennes normales (marche, petites courses, conduite...). Veillez à ne pas porter des charges supérieures à 6 kg (1 pack de lait) avant la fin de la troisième semaine post opératoire.

La conduite est interdite si vous prenez des antalgiques plus forts que le

PARACETAMOL car ils peuvent altérer votre vigilance (TRAMADOL...).

Après ce délai de 3 semaines, après lequel la cicatrisation et la solidité des orifices de coelioscopie sont considérées comme acquises, vous devez reprendre des activités physiques et sportives. L'objectif est d'arriver à la pratique de 150 minutes par semaine d'activités physiques. Le choix du type d'activité dépend de vous, de vos envies, de votre motivation et des conditions qui vous entourent (accès à une salle de sport, équipements communaux...). Il n'y a aucune contre-indication.

La pratique d'activités physiques régulières a plusieurs objectifs :

- Augmenter les dépenses caloriques et ainsi potentialiser votre perte de poids
- Éviter la perte de masse musculaire. En effet, votre corps, limité en apports alimentaires va puiser dans vos réserves. L'utilisation de vos muscles est une façon plus « économique » pour votre corps d'y parvenir que de puiser dans les graisses. Montrez-lui que vous avez besoin de vos muscles
- Améliorer l'équilibre glycémique en utilisant le sucre contenu dans le sang et en favorisant l'action de l'insuline produite par le pancréas

- Éviter les effets néfastes des graisses circulantes qui vont être libérées en quantité dans le sang durant la phase initiale d'amaigrissement
- Améliorer la tolérance à l'effort
- Maintenir un capital osseux
- Réduire le stress et l'anxiété

Respectez votre corps et mettez en place ces activités progressivement, le plus important étant sans doute la régularité.

Une ceinture abdominale peut vous être prescrite, que vous pourrez commencer à porter dès la reprise des activités physiques, après la 3^e semaine. Elle a pour objectif de maintenir la sangle abdominale pour faciliter les efforts. Sa prescription n'est pas systématique et dépend de l'importance de votre abdomen. Elle est fabriquée après prise de vos mensurations en pharmacie agréée pour l'orthopédie. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

Alimentation

Lors de votre hospitalisation, vous recevrez la visite de notre diététicienne. Elle vous donnera les conseils d'alimentation pour les premières semaines (cf. document en annexe). Vous pourrez la revoir également lors de la consultation du premier mois post opératoire.

Nous insistons sur quelques conseils :

- Prenez votre temps pour manger, 30 à 45 minutes par repas sont indispensables pour permettre de

s'alimenter correctement avec votre estomac modifié,

- Mangez dans le calme,
- N'arrivez jamais à la sensation de douleur, de nausée ou de vomissement. C'est probablement que vous avez mangé trop ou trop vite, sans prendre suffisamment de temps pour mastiquer,
- Quelques intolérances ou blocages sont habituels après la chirurgie (pain, viandes rouges, pâtes...) et doivent vous inciter à bien mastiquer,
- Vous ne devez normalement pas vomir. Si cela se reproduit de manière trop fréquente, contactez-nous pour identifier le problème.

La consommation d'alcool n'est pas interdite. Toutefois, du fait du montage, l'effet de l'alcool est plus rapide et plus important. De plus, l'alcool est calorique ce qui peut nuire à la perte de poids. Nous vous déconseillons donc la prise d'alcool après une chirurgie. À distance, cette consommation doit rester occasionnelle et très modérée.

Traitement post opératoire

L'ordonnance de sortie dépend de chaque patient. Toutefois, certains traitements sont communs.

Antalgiques

Nous vous prescrivons des antalgiques à la demande pour les jours qui suivent la sortie du service. En cas

de douleur, commencez par prendre du PARACETAMOL, 1 gramme toutes les 6 heures maximum. Si ce traitement n'est pas suffisant, vous pouvez prendre du TRAMADOL à la dose prescrite.

Anticoagulation

Un traitement anticoagulant est poursuivi 15 jours après votre sortie du service. Celui-ci permet de prévenir la survenue de phlébites dont les conséquences peuvent être gravissimes notamment en cas d'embolie pulmonaire (détresse respiratoire, décès...). Il est administré la plupart du temps deux fois par jour afin d'être plus efficace. Pendant ces 15 jours, vous devez poursuivre, en journée, le port de vos bas de contention et marcher le plus régulièrement possible pour faciliter la circulation du sang.

Une prise de sang, 1 à 2 fois par semaine, est réalisée pour surveiller vos plaquettes qui peuvent chuter en réaction à l'administration de l'anticoagulant. Précisez bien au laboratoire de nous mettre en destinataire des résultats ainsi que votre médecin généraliste.

Inhibiteurs de la pompe à protons

Un traitement par inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) est prescrit pendant les 3 premiers mois post opératoires (INEXIUM, OGASTORO, INIPOMP...). Il permet de faciliter la cicatrisation de la muqueuse gastrique en réduisant l'acidité au sein de l'estomac. Le traitement peut être prolongé par votre médecin traitant si vous présentez des signes de reflux (remontée acide dans l'œsophage) plus particu-

lièrement après sleeve gastrectomie. Après bypass gastrique, il doit être poursuivi au long cours si vous fumez pour réduire le risque d'ulcère.

Acide Ursodesoxycholique

Ce traitement (DELURSAN ou CHOLURSO), n'est prescrit que si vous avez toujours en place votre vésicule biliaire. Pendant la période d'amaigrissement rapide, environ les 6 premiers mois après la chirurgie, votre bile est saturée en cholestérol. C'est une période à risque de formation de calcul dans la vésicule ou d'augmentation de leur taille s'ils sont déjà présents. Nous ne réalisons pas de principe, sauf si vous avez des symptômes en rapport avec ces calculs ou après discussion avec votre chirurgien, d'ablation de la vésicule (cholécystectomie) au cours de la chirurgie bariatrique. En revanche, nous vous prescrivons de l'acide ursodésoxycholique pendant cette période de 6 mois pour réduire le risque de calcul en diminuant la concentration en cholestérol de votre bile. Au-delà de 6 mois, le traitement peut être stoppé.

Traitement du diabète

Si vous êtes diabétique, l'équilibre glycémique est très modifié dès le lendemain de l'intervention. Il est donc nécessaire d'adapter votre traitement. Nous nous mettrons en rapport avec votre nutritionniste ou endocrinologue pour adapter votre traitement en post opératoire.

Vous devrez par contre surveiller vos glycémies capillaires régulièrement après la chirurgie et en cas de pertur-

bation significative, contacter le service, votre médecin traitant ou votre endocrinologue.

Traitement antihypertenseur

Celui-ci peut être repris dès le post opératoire. Toutefois, en raison d'une hydratation parfois insuffisante après la chirurgie, vous pouvez présenter des chutes de tension ou des malaises quand vous passez de la position couchée ou assise à la position debout (hypotension orthostatique). Pensez donc à boire de l'eau régulièrement, tout au long de la journée (au moins 1 litre par jour), en dehors des repas. Pensez par exemple à avoir toujours une bouteille sur vous dans vos déplacements. Si les malaises persistent, faites contrôler votre tension pour adapter votre traitement en diminuant la posologie ou en l'arrêtant.

Supplémentation vitaminique

La supplémentation vitaminique peut être débutée 10 jours après l'intervention, quand votre confort alimentaire est correct. Le type de supplémentation vitaminique est variable selon le patient, le prescripteur et les résultats des différents bilans biologiques. En cas d'intolérance à un des traitements, parlez-en pour adapter la prescription.

Plaies opératoires

Les plaies opératoires sont en rapport avec les orifices permettant l'introduction des instruments par des trocars dans votre cavité abdominale. Elles sont fermées par des points intradermiques qui ne nécessitent pas

d'être retirés. Les steristrips (adhésifs) couvrant les plaies peuvent rester en place 15 jours et n'empêchent pas de prendre des douches. Au-delà de 15 jours, vous pourrez les retirer. Les plaies, sauf consigne particulière notamment en cas de suintement, doivent rester à l'air et ne pas être couvertes par des pansements.

Au moindre doute, n'hésitez pas à les montrer à votre infirmière lors de ses passages pour les injections d'anticoagulants.

Au début, éviter de faire macérer les plaies en privilégiant plutôt les douches que les bains. Séchez-les sans frotter. Attendez la cicatrisation complète avant d'aller en piscine, spa ou cabine d'Aquabike...

En cas de chaleur, rougeur, douleur ou suintement jaune-vert malodorant, faites examiner votre plaie par un médecin (médecin traitant, chirurgien).

Surveillance

Post opératoire normal

Vous serez revu en consultation 1 mois après l'intervention par votre chirurgien et la diététicienne du service. Cette consultation a pour but de vérifier la cicatrisation, votre alimentation, la prise des vitamines, dépister d'éventuelles complications.

Des suites opératoires normales peuvent s'accompagner d'une fatigue en rapport avec « l'agression corporelle » que représente l'intervention, l'anesthésie générale mais aussi avec

la perte de poids rapide. Elle ne doit vous inquiéter que si elle est importante, vous empêchant de reprendre vos activités physiques.

Un montage chirurgical bien supporté ne doit pas être source de vomissement ou d'impossibilité de manger.

Les douleurs doivent aller en diminuant progressivement. Vous pouvez sentir parfois des ballonnements, des crampes, des gaz, des spasmes. Ceci est habituel. Écoutez-vous afin de déterminer les aliments qui peuvent en être responsables. Ces malaises doivent rester occasionnels. S'ils sont trop fréquents ou inconfortables, consultez-nous.

Signes d'alerte

DOULEURS ET AUTRES SIGNES GÉNÉRAUX

Si les douleurs reviennent ou deviennent plus importantes, notamment au niveau de l'abdomen, des côtes, de l'épaule gauche, vous devez nous contacter.

La survenue de fièvre (température $\geq 38.5^\circ$), notamment si elle est accompagnée de frissons, n'est pas normale et doit vous alerter et vous faire consulter. Des frissons isolés peuvent toutefois être en rapport avec une plus grande frilosité liée à votre perte de poids.

Au moindre signe clinique anormal (difficultés à respirer, palpitations, douleur thoracique, sang dans les selles ou dans un vomissement, mols gonflés et douloureux...), contactez-nous ou votre médecin traitant.

Vous pouvez nous joindre en cas d'urgence :

• en journée, par les secrétariats :

- Dr G. TUYERAS : 05 61 32 34 10

- Chef de Clinique : 05 61 32 27 46

• le soir ou la nuit :

- Interne de garde :

05 61 32 22 36 ou 05 61 32 23 06

DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER

Si vous avez des nausées, mangez lentement, prenez le temps de mastiquer. Buvez toujours par petites quantités. Faites des essais pour déterminer les aliments qui « passent ». Si les solides sont difficiles au début, repassez transitoirement par les aliments mixés jusqu'à ce que votre tolérance soit améliorée. Évitez les aliments trop fermes, épicés.

VOMISSEMENTS

Un vomissement occasionnel (1 à 2 fois par semaine) n'est pas rare et ce n'est pas inquiétant. Prenez le temps pour manger. Consultez-nous en urgence si vous n'arrivez plus à vous alimenter avec des vomissements systématiques. En cas de blocage alimentaire, n'insistez pas, reposez-vous en attendant que cela passe.

RÉGURGITATION OU REFLUX

Mangez doucement, en petites quantités. Ne buvez pas en mangeant. Retardez l'heure du coucher si les reflux apparaissent après le dîner.

NAUSÉES ET MAUVAIS GOÛT DANS LA BOUCHE

Regardez votre langue. Si celle-ci est recouverte d'un enduit blanchâtre, il se peut que ce soit en rapport avec

un champignon (une candidose). Ayez une hygiène de bouche soignée et faites-vous prescrire des bains de bouche au Bicarbonate de Sodium si cela devait arriver.

CONSTIPATION

Il s'agit d'un symptôme très fréquent en rapport avec plusieurs facteurs :

- La prise de médicaments contre la douleur qui peuvent ralentir le transit,
- L'absence de résidus alimentaires du fait de votre réalimentation progressive,
- La faible quantité d'aliments ingérés quotidiennement,
- Une hydratation insuffisante.

Pour y pallier :

- Hydratez-vous en quantité suffisante, éventuellement avec de l'eau d'Hepar,
- Faites de l'exercice,
- Ayez recours à des solutions naturelles (jus de pruneau...)
- En cas d'échec de ces méthodes, il est possible de vous prescrire des laxatifs paraffinés en première intention.

Si malgré cela, votre constipation persiste, contactez-nous.

DIARRHÉES

Ce symptôme est rare en post opératoire, plus fréquent après dérivation bilio-pancréatique. Si le nombre de selles dépasse 6 selles liquides par jour, contactez-nous.

GAZ NAUSÉABONDS, BALLONNEMENTS

Il se peut que ces symptômes soient en rapport avec un déséquilibre de votre flore intestinale (pullulation microbienne). Pour les améliorer, évitez les aliments riches en sucre, mangez des yaourts avec des ferments actifs.

Si cela persiste, un test de pullulation peut être prescrit puis vos symptômes traités par un traitement antibiotique adapté.

DUMPING SYNDROME

C'est un ensemble de symptômes survenant quelques minutes après l'alimentation (palpitations, fatigue, sueurs, diarrhées, coliques...) pouvant aller jusqu'au malaise vagal. Ces symptômes régressent en quelques minutes, nécessitant parfois de s'allonger. Ils sont d'autant plus fréquents que votre alimentation est prise rapidement, qu'elle est riche en sucre ou que vous avez eu un bypass gastrique. Si vous présentez ces manifestations, essayez d'identifier les circonstances de survenue (types d'aliments, structure du repas...) afin de mettre en place les modifications qui suffisent la plupart du temps à les faire régresser : ralentissement de la prise alimentaire, éviction des sucres. Dans ces situations, faites attention à ne pas avoir de conduite potentiellement dangereuse après les repas (conduite de voiture ou d'engin de chantier...). En cas de persistance, parlez-en lors de vos consultations de contrôle.

5

Retour à la vie active

Activités physiques

Des activités physiques régulières sont la condition indispensable au succès de votre intervention. Anticipez ce que vous allez remettre en place, ayez des projets. Ce que nous vous demandons est la pratique d'activités physiques régulières, en endurance. Il n'y a, a priori, aucune contre-indication à tel ou tel type d'activité. Au moindre doute, n'hésitez pas à nous en parler.

Pour vous permettre d'y arriver, rappelez-vous que :

- Vos activités doivent être source de plaisir,
- Elles doivent être débutées progressivement,
- Elles doivent être régulières, c'est-à-dire réalisées au minimum tous les 2 jours et au mieux 5 fois par semaine, voire tous les jours si vous en avez la possibilité,
- Une activité en endurance d'intensité modérée (c'est-à-dire entraînant un essoufflement vous permettant toutefois de pouvoir parler durant votre pratique) est un bon point de départ. Cela correspond typiquement à du vélo, de la natation, de l'aquagym, de la marche, du footing lent... Par la suite, d'autres activités plus diversifiées et d'intensité variée pourront être mises en place.

- Une ceinture abdominale peut aider au maintien de votre sangle abdominale lors des efforts.

Vous pouvez vous faire aider dans un programme de reconditionnement en contactant le service de Médecine du Sport du CHU au 05 61 32 28 05.

Sexualité, contraception, grossesse

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués dès lors que vous vous sentez en mesure d'en avoir. Adaptez vos efforts et attendez la fin de la 3^e semaine post opératoire pour une consolidation complète de votre paroi abdominale. Il est possible que votre libido soit affectée (augmentation ou diminution) par la chirurgie et la perte de poids. N'hésitez pas à en parler à votre conjoint qui peut avoir une perception différente de la vôtre.

Nous vous rappelons l'importance de ne pas commencer de grossesse pendant les 12 à 18 mois post opératoires. De ce fait, il est capital de maintenir une contraception efficace comme initiée avant la chirurgie soit avec votre médecin traitant, soit avec votre gynécologue ou dans le cadre d'une consultation gynécologique spécialisée sur le CHU. En effet, cette période peut faire courir un risque plus important de complications pour vous

(carences vitaminiques, en fer...) et votre enfant (malformations fœtales, retard de croissance...).

Au-delà de cette période, un projet de grossesse sera d'autant plus serein qu'il sera anticipé avec la prescription de supplémentation vitaminique et le dépistage de carences qui devront être corrigées avant la conception. Ceci peut être discuté dans le cadre d'une consultation préconceptionnelle, faisable notamment sur le CHU. Dès que vous savez que vous êtes enceinte, consultez votre médecin ou spécialiste pour prescription d'un bilan biologique complet et la mise en place d'une supplémentation vitaminique adaptée.

Aspects psychologiques

Les modifications rapides de votre corps et le changement radical de votre rapport à l'alimentation peuvent perturber fortement la perception que vous ou votre entourage avez de votre corps. Cela peut conduire à des difficultés psychologiques, familiales, sociales importantes. N'hésitez pas à en parler autour de vous et à demander de l'aide si vous vous sentez en difficulté.

Retour au travail

Le retour au travail peut exiger des aménagements temporaires de votre poste de travail pour permettre les collations, des temps de repas adaptés, une reprise progressive des tâches

physiques. Il sera d'autant plus harmonieux que vous en parlerez avec votre médecin du travail et que ces aménagements seront anticipés, notamment lors d'une visite à votre demande et ce avant la reprise du travail (visite de préreprise). Le médecin du travail peut prendre contact avec nous pour en discuter au moindre problème. De manière habituelle, la durée prévisible d'arrêt de travail est de 1 mois.

Suivi médical

Le suivi médical est assuré par l'équipe ou le médecin spécialiste qui vous a amené jusqu'à l'intervention. Il se fait conjointement avec le chirurgien.

Si tout va bien : il est capital d'avoir un suivi régulier permettant d'identifier les comportements à ajuster, surveiller le bilan vitaminique, renouveler les ordonnances de traitement. La première année, les consultations sont fréquentes. Elles sont ensuite espacées. À terme, le relais pourra être passé à votre médecin traitant si vous le souhaitez.

Si cela va moins bien : il est tout aussi important d'avoir un suivi régulier (insuffisance de la perte de poids, symptômes, dépression, problèmes sociaux ou familiaux...). Nous sommes là pour vous aider dans cette période houleuse, identifier le ou les problèmes et vous apporter des solutions.

Le rythme des consultations est adapté à la situation propre à chaque patient.

Parallèlement à ce suivi, il est important de réévaluer les maladies associées à votre obésité qui pourront nécessiter des adaptations de traitement.

- Syndrome d'apnées du sommeil : réévaluation souhaitée après une perte de poids significative, généralement après le 6^e mois post-opératoire,
- Hypertension artérielle : contrôles réguliers de la tension et consultation spécialisée si fatigue importante, sensation de chute de tension, maux de tête quand vous vous relevez. Ce peut être les signes de la nécessité de réduire ou arrêter le traitement,
- Diabète : consultation spécialisée avec votre spécialiste pour contrôle de l'équilibre glycémique et adapter le traitement. Prenez un rendez-vous rapidement après l'opération (dans les 15 jours à 1 mois). Dans l'intervalle, consignez vos glycémies capillaires dans votre carnet de surveillance glycémique,
- Hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie : le traitement sera adapté en fonction de vos prises de sang,
- Stéato-hépatite : votre foie sera réévalué en consultation spécialisée 1 an après l'intervention.

Vous devez informer les différents médecins que vous consulterez à distance de votre intervention chirurgicale, en urgence ou non, sur l'intervention que vous avez eue. Ceci peut avoir plusieurs conséquences :

- Orienter le diagnostic en cas de problème même si tous vos symptômes ne sont pas à mettre sur le compte de la chirurgie de l'obésité. Ce peut être l'arbre qui cache la forêt,
- Éviter des prescriptions dangereuses :
- Les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) y compris ceux à base d'Ibuprofène (Nurofen, Advil...) sont contre indiqués après bypass gastrique et doivent être évités après sleeve gastrectomie,
- Certains traitements nécessitent une absorption au niveau de la partie initiale du tube digestif, qui, si elle est court-circuitée comme dans le bypass, peut empêcher leur efficacité.

Nous sommes à votre disposition et à celle des spécialistes pour discuter de ces cas particuliers.

Perte de poids

La perte de poids est rapide au début puis ralentit progressivement. Votre perte de poids peut parfois faire des plateaux. Ne soyez pas inquiet si cela arrive. Ne vous pesez pas tous les jours ; une ou deux fois par semaine suffisent largement au début.

Le poids minimal est généralement atteint après 12 à 18 mois. Vous constaterez alors que votre poids stagne pendant plusieurs mois.

Pour vous donner un ordre d'idée, même si cela est très variable d'un

individu à l'autre, la perte d'excès de poids, c'est-à-dire le pourcentage de poids perdu par rapport à votre poids à un IMC de 25 kg/m², est :

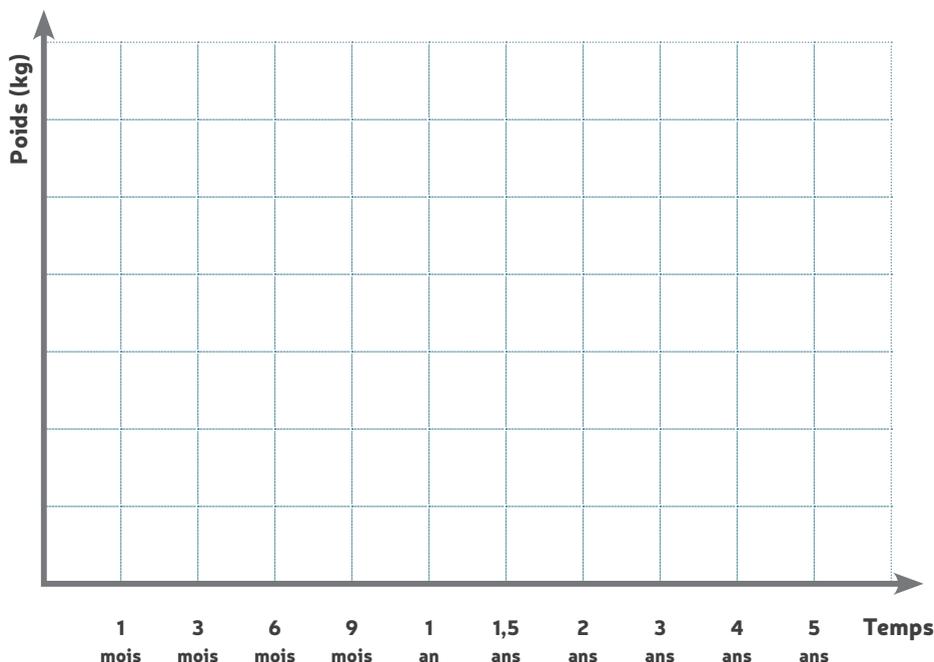
- › À 1 mois : 20 à 25 %
- › À 6 mois : 50 à 65 %
- › À 1 an : 65 à 85 %

Par exemple, votre poids avant l'intervention est de 120 kg pour 1m67. Votre IMC est donc de $120/1.67 \times$

$1.67) = 43 \text{ kg/m}^2$. Votre poids théorique pour un IMC de 25 kg/m² est de 70 kg. Votre excès de poids est donc de $120 - 70 \text{ kg} = 50 \text{ kg}$. Si vous avez perdu 20 kg, cela revient à dire que vous avez perdu $20 \times 100/50 = 40 \%$ de votre excès de poids. Il est important que vous ne vous fixiez pas sur un poids précis. Il est plus important que cette perte de poids se fasse de manière harmonieuse, sans dénutrition et sans carence.

Vous pouvez reporter votre poids sur la figure ci-dessous et pourrez le présenter lors de vos prochaines consultations.

Votre courbe de poids



Maintien du poids

Après 12 à 18 mois, votre poids se stabilise. Vous sortez de cette lune de miel et tout l'enjeu à présent est de maintenir cette perte de poids. À ce stade, il est impératif de garder à l'esprit d'avoir des quantités alimentaires constantes et maîtrisées, maintenir les temps de repas et le fractionnement. Il est fréquent de reprendre quelques kilos à distance de l'intervention, le corps s'habituant au montage. Cela ne doit pas vous inquiéter. Toutefois, une reprise de poids plus importante n'est pas rare (environ 20 % des patients), survenant généralement entre 2 et 5 ans après la chirurgie. Cette reprise pondérale est la plupart du temps favorisée par un relâchement du comportement alimentaire et une diminution ou un arrêt des activités physiques. Un estomac « forcé » quotidiennement par des quantités de plus en plus importantes finira par se dilater.

Pesez-vous régulièrement, 1 fois par semaine par exemple, pour ne pas méconnaître une reprise de poids. Si malheureusement cela devait arriver, reprenez contact avec nous pour évaluation et mise en place des modifications nécessaires. D'autres causes peuvent en effet y être en rapport avec cette reprise pondérale: prise d'un nouveau médicament, problème psychologique, stress...

À l'opposé, si votre poids continue à diminuer après 12 à 18 mois, il est important de nous contacter pour

identifier, si elle existe, la cause du problème.

Vitamines

Si une supplémentation vitaminique vous a été prescrite, il est impératif de la poursuivre tout au long de votre vie. Toute modification ou arrêt de la supplémentation vitaminique doit être discutée avec votre endocrinologue, nutritionniste ou chirurgien. Il est possible que votre ordonnance arrive en fin de renouvellement (validité de 6 mois au maximum). Faites-la alors renouveler par votre médecin traitant ou médecin spécialisé en charge de votre suivi.

Au cours de la première année, des prises de sang de contrôle seront réalisées (tous les 4 mois environ). Elles sont ensuite espacées pour ne plus être réalisées qu'une fois par an. Rappelez aux différents intervenants si vous n'avez pas eu de contrôle récent.

Ce n'est pas parce que vos prises de sang sont normales que vous n'avez pas besoin de vos vitamines. Au contraire, c'est parce que vous prenez vos vitamines que vos prises de sang sont normales. La plupart des problèmes graves (atteintes neurologiques non réversibles notamment) surviennent des années après la chirurgie.

Il n'est pas nécessaire de contrôler vos carences immédiatement après la chirurgie. Celles-ci mettent du temps à s'installer et le premier bilan peut,

la plupart du temps, être différé au 3^e mois post opératoire.

Une fatigue intense, des fourmillements dans les pieds ou les mains, des vertiges, des troubles visuels, une sensation de marcher de travers, une perte de force, de la mémoire, une grande tristesse voire une déprime importante sont des signes pouvant évoquer une carence sévère en vitamines. Ils doivent vous faire consulter rapidement car peuvent être à l'origine de séquelles irréversibles.

Perte des cheveux

Une perte de cheveux, même importante, est fréquente après une perte de poids significative, en général, la première année. Ce phénomène s'arrêtera après la fin de la perte de poids. Pour en limiter l'importance, vous pouvez :

- Éviter de traumatiser vos cheveux par des colorations, lavages trop fréquents,
- Manger suffisamment de protéines,
- Prendre éventuellement des compléments nutritionnels.

De la même façon, votre peau peut être plus sèche et vos ongles cassants. Prenez-en soin.

Chirurgie réparatrice

Un des dommages collatéraux d'une perte de poids massive est la survenue d'excès cutanés qui peuvent être gênants à plusieurs titres : retentissement psychologique, gêne pour les activités physiques, complications cutanées...

Le risque d'avoir de grands excès cutanés est d'autant plus important que :

- La perte de poids est grande,
- Le tabagisme est poursuivi ou repris,
- L'alimentation est pauvre en protéines,
- Les activités physiques sont faibles.

Une correction chirurgicale des excès cutanés est réalisée par un chirurgien plasticien. Elle ne doit s'envisager qu'une fois le poids stabilisé c'est-à-dire au-delà du 12 à 18^e mois post-opératoire. Ces interventions peuvent être prises en charge par l'Assurance Maladie en fonction de critères d'importance qui seront évalués par le plasticien.

Complications tardives

Même plusieurs années après l'opération peuvent survenir des complications. Outre le risque de carences vitaminiques, votre montage chirurgical vous expose à la survenue d'occlusion sur adhérences ou hernie interne, de développement de calculs compliqués de la vésicule biliaire, de reflux gastro-oesophagien, d'ulcère.

Il est donc important de poursuivre le suivi à distance de la chirurgie et de nous solliciter en cas de problème.

Il est toujours préférable, si cela est matériellement possible, que vous soyez évalué en cas de problème par l'équipe qui vous a opéré.

6

Supports et aides

Numéros utiles

Disponibles aux horaires de bureau.

Secrétariat chirurgicaux :

- Dr G. TUYERAS
Secrétariat : 05 61 32 34 10
- Chef de Clinique
Secrétariat : 05 61 32 27 46
- Diététicienne du service
de chirurgie :
05 61 32 22 50
- Infirmières de programmation :
05 61 32 36 81 ou 05 61 32 31 81
- Secrétariat du service de nutrition :
05 61 32 30 57 pour la prise de RV
- Secrétariat du service de chirurgie
plastique, reconstructrice et
esthétique :
05 61 32 27 42 ou 05 61 32 29 63

Ressources internet

Site du Service de chirurgie Viscérale
et Digestive : <http://www.chu-toulouse.fr/-chirurgie-de-l-obesite-1782->

Site du Centre Intégré de l'Obésité :
<http://obesite.univ-tlse3.fr>

Site de la Haute Autorité de Santé :
<http://www.has-sante.fr>

Site de la Société Française et Franco-
phone de Chirurgie de l'Obésité et des
Maladies Métaboliques :
<http://www.soffco-mm.fr>

Site du Collectif National des Associa-
tions d'Obèses (CNAO) :
<http://www.cnao.fr>

Éducation thérapeutique

Nous vous proposons, environ 1 mois
après votre intervention chirurgicale,
de participer à une journée d'édu-
cation thérapeutique « Ma vie juste
après ma chirurgie de l'obésité ». Cette
journée vous permettra après un
entretien individuel de participer à
des ateliers collectifs dans le domaine
médical, diététique et psychologique.

Si vous le souhaitez, vous pouvez vous
inscrire directement au 05 61 77 70 85
ou par internet educ-lg.thera@chu-toulouse.fr.

7

Mes partenaires santé

SPÉCIALITÉ	NOM	DATE RDV	LIEU
CHIRURGIEN			
ENDOCRINOLOGUE NUTRITIONNISTE			
DIÉTÉTICIEN			
PSYCHOLOGUE/PSYCHIATRE			
GASTRO ENTEROLOGUE			
PNEUMOLOGUE			
CARDIOLOGUE			
RHUMATOLOGUE			
DENTISTE			
AUTRES EXAMENS			
TRANSIT OGD			
ÉCHOGRAPHIE HÉPATIQUE			
FIBROSCOPIE OGD			

10

Conclusion

Vous allez bénéficier d'une prise en charge chirurgicale de votre obésité. Il s'agit d'une chance formidable mais dont le succès dépendra en grande partie de vos capacités à mettre en œuvre ce qui vous a été appris avant l'intervention.

Nous espérons que ce fascicule a permis de répondre à vos interrogations. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques pour que nous puissions le corriger ou le compléter. Une nouvelle étape, une nouvelle vie commencent. Nous sommes là pour vous y aider.

10

Annexes

PROCOLE DE RÉALIMENTATION POST-OPÉATOIRE

Conseils d'alimentation post-opératoire

Principe des opérations

Votre chirurgie de l'obésité, sleeve ou bypass, a pour but de diminuer vos apports alimentaires, par la création d'un petit estomac à laquelle se rajoute une malabsorption pour le bypass.

De ce fait, il est fortement recommandé de suivre des conseils hygiéno-diététiques pour répondre au mieux à vos apports nutritionnels.

Conseils généraux

- **Manger très lentement**: penser à poser la fourchette entre chaque bouchée.
- **Bien mastiquer**: très important pour éviter que les aliments bloquent.
- **Le temps des repas sera long**: jusqu'à 45 minutes pour manger un petit volume.
- **Stopper le repas dès que vous n'avez plus faim, ne vous forcez pas**: il ne faut pas dépasser la quantité tolérée par votre estomac, afin d'éviter tout risque de vomissement et à terme risquer de détendre votre poche gastrique.

- **Boire entre les repas en petites quantités régulièrement**: stopper toutes les boissons 30 minutes avant la prise alimentaire et les reprendre 30 minutes après.
- **Les boissons gazeuses sont déconseillées**.

Conseils spécifiques

- **Fractionner votre alimentation**: 6 à 7 prises dans la journée.
- **Ne jamais sauter de repas**.
- **Éviter les produits sucrés**: sucre, miel, bonbons, chocolat, confitures, pâtes de fruits, compotes sucrées, biscuits, sirops de fruits, entremets du commerce, boissons industrielles, glaces,
- **Éviter les graisses cachées**: viennoiseries, biscuits, gâteaux, pop-corn, glace au lait, chips, frites,
- **Éviter les graisses évidentes**: mayonnaise, crème, lard, charcuterie, fruits secs, avocat, olives.

Réalimentation après une Sleeve et un Bypass : les quantités conseillées sont les plus fréquentes mais elles peuvent varier d'un individu à l'autre en fonction de la tolérance

	<i>PETIT-DÉJEUNER</i>	<i>COLLATION MATINÉE</i>	<i>DÉJEUNER</i>
JOUR DU RETOUR AU DOMICILE	Petit-déjeuner pris à l'hôpital	Collation prise à l'hôpital	50 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre
J1	1/2 bol de boisson chaude (thé, café, lait) + 2 c.à s. de lait en poudre 1 biscotte beurrée	1 laitage s/sucre ou 1 compote + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 50 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre
J2 À J3	1/2 bol de boisson chaude (thé, café, lait) + 2 c.à s. de lait en poudre 1 biscotte beurrée	1 laitage s/sucre ou 1 compote + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 75 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre
J4 À J6	1/2 bol de boisson chaude (thé, café, lait) + 2 c.à s. de lait en poudre 1 à 2 biscottes beurrées	1 laitage s/sucre ou 1 compote + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 100 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre + matière grasse
À PARTIR DE LA 2 ^E SEMAINE	1/2 bol de boisson chaude (thé, café, lait) + 2 c.à s. de lait en poudre 2 biscottes beurrées	1 laitage s/sucre ou 1 compote + 2 c.à s. de lait en poudre	40 à 50 g de VPO + 100 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre + matière grasse

<i>COLLATION APRÈS-MIDI</i>	<i>DÎNER</i>	<i>COLLATION SOIRÉE</i>
1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre	50 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre	1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre
1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 50 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre	1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre
1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 75 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre	1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre
1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre	25 g de VPO + 100 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre + matière grasse	1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre
1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre	40 à 50 g de VPO + 100 g de purée de pommes de terre + 2 c.à s. de lait en poudre + matière grasse	1 laitage s/sucre + 2 c.à s. de lait en poudre

**Les deux premières semaines :
alimentation de consistance mixée,
sans sucre**

- Les aliments seront mixés, pour obtenir une texture homogène.
- Les soupes et bouillons sont à éviter: faible apport par rapport au volume.
- Privilégier les laitages en collation, source de protéines: yaourt, petit suisse, fromage blanc, fromage fondu.
- Privilégier les purées de pomme de terre, source d'énergie.
- Prendre des compotes sans sucre ajouté.
- VPO: Viande Poisson Œufs sont à mixer et mélanger aux purées.
- Matière grasse: beurre, crème fraîche, huile ou carré de fromage: à doser selon quantité de purée dans votre assiette.

**La troisième et quatrième semaines :
alimentation de consistance molle**

- Texture d'une pomme au four ou d'une courgette bien cuite.
- Les aliments seront bien cuits, les aliments crus (type crudités, fruits crus sauf bananes sont encore interdits).
- **Les préparations seront bien hydratées, onctueuses** (avec une sauce, un bouillon par exemple).

• Réintroduire les aliments suivants :

- Les féculents tel que les pâtes, le riz, la semoule, les pommes de terre écrasées.
- Les fruits cuits en morceaux: pomme, poire, fruits au naturel...
- Les légumes verts cuits en morceaux: pointes d'asperges, artichauts, carottes, courgettes, endives, haricots verts, betteraves, petits pois extra-fins en boîte.
- Les viandes et poissons sont hachés: augmenter les quantités au fur et à mesure selon la tolérance. Privilégier le poisson, jambon et les œufs.
- Le pain de mie.
- Pour les collations, associer sucres lents et laitages.

Privilégier au maximum les sucres lents (féculents) source d'énergie. Les légumes, peu nourrissants, sont facultatifs les premiers temps.

Les aliments gras, sucrés, les boissons alcoolisées sont à éviter pendant le 1^{er} mois.

Les aliments provoquant des ballonnements (légumes secs, choux, fromages fermentés...) sont également à éviter par confort digestif.

**Après un mois :
alimentation de consistance normale**

Vous pouvez élargir vos choix alimentaires : manger de tout, en petites quantités, en privilégiant les protéines animales, les produits laitiers et les féculents.

- Le pain est à réintroduire : pour faciliter la digestion, préférer le pain grillé aux premiers repas.
- Choisir des crudités tendres au départ : cœur de laitue, mâche, carottes finement râpées...
- Éplucher les fruits au départ, couper en petits quartiers pour faciliter la mastication.
- La tolérance des aliments varie d'une personne à l'autre, aussi il est indispensable de les tester soi-même.

**Effet secondaire du By-Pass :
le dumping syndrome**

C'est une réaction de votre corps lors d'une prise alimentaire trop importante en sucres ou en graisses. Elle se produit 15 minutes à 2 heures après un repas.

Les principaux symptômes sont : bouffées de chaleur, vertiges, sueurs, pâleur et nausées

Cela peut être aussi provoqué par un repas pris trop vite.

L'alimentation est un plaisir et doit le rester. Vous pouvez parfaitement aller au restaurant déguster et maîtriser de nouvelles saveurs.

Votre chirurgie ne doit pas altérer votre quotidien et votre confort de vie!



Enrichir son alimentation en protéines après une chirurgie de l'obésité

Pourquoi consommer des protéines à tous les repas ?

La réserve en protéines dans l'organisme est faible. Il faut alors en apporter tous les jours pour ne pas en manquer. Si les apports journaliers sont trop faibles, l'organisme puise dans le muscle.

Après une chirurgie de l'obésité, l'objectif est de favoriser la perte de masse grasse et de limiter la fonte musculaire. Ainsi, l'apport en protéines animales et végétales sera favorisé à chaque repas et collations.

Liste de quelques aliments riches en protéines que vous devez toujours avoir chez vous :

- **Le lait en poudre** : favoriser le lait écrémé ou 1/2 écrémé.

L'avantage est que son goût est neutre et qu'il apporte de l'onctuosité aux préparations.

L'enrichissement de vos 6 prises dans la journée avec 2 cuillères à soupe apporte l'équivalent d'une portion de viande ou poisson ou œufs en plus.

- **Le gruyère râpé** : à ajouter dans toutes les préparations salées (potages, purées).
- **Le fromage fondu** : peut être ajouté dans vos préparations salées ou pris en collations
- **Le lait** : source de protéines, calcium. Permet aussi de vous hydrater.
- **Le jambon, le poisson** : de texture tendre, demande peu/pas de préparation.

Pensez-y aussi en collation ou au petit-déjeuner.

- **Les œufs** : au plat, en omelette ou à la coque. À incorporer dans vos préparations sucrées ou salées.
- **Les féculents** : source de protéines végétales, ils sont surtout connus pour leur apport énergétique.

Quand vous pourrez les réintroduire, pensez à consommer régulièrement des légumes secs (lentilles, pois cassés, haricots blancs ou rouges, pois chiches), également riches en fibres, vitamines et minéraux.

Comité de relecture

- **Mme FABREGUETTES Caroline**
Diététicienne, CHU Toulouse
- **Dr FAURE Caroline**
Anesthésie Réanimation, CHU Toulouse
- **Dr GARRIGUE Éric**
Médecine du sport, CHU Toulouse
- **Dr HERIN Fabrice**
Médecine du travail, CHU Toulouse
- **Dr MONTASTIER Émilie**
Nutrition, CHU Toulouse
- **Dr PLARD Christelle**
Gynéco-obstétrique, CHU Toulouse
- **Pr RITZ Patrick**
Nutrition, CHU Toulouse
- **Dr SEDKAOUI Kamila**
Pneumologie, CHU Toulouse
- **Mme SOUBIRAN Isabelle**
Cadre de santé, CHU Toulouse
- **Dr TUYERAS Géraud**
Chirurgie digestive et bariatrique, CHU Toulouse

Département de chirurgie digestive, et transplantation d'organes

Professeur Bertrand SUC, Chef de Département

Professeur Nicolas CARRERE, Chef adjoint de Département

Chirurgie Œso-gastrique, bariatrique et endocrinienne

Professeur Nicolas CARRERE, Responsable de l'unité

Docteur Charles-Henri JULIO

Docteur Géraud TUYERAS

Hôpital Rangueil - Bâtiment h2, 6^e étage

1 avenue Jean Poulhès - TSA 30032 - 31059 Toulouse Cedex 9

En cas d'urgence, vous pouvez nous joindre :

En journée, par les secrétariats :

Dr G. TUYERAS : 05 61 32 34 10

Chef de Clinique : 05 61 32 27 46

Le soir ou la nuit

Interne de garde : 05 61 32 22 36 ou 05 61 32 23 06

Conception : Service de chirurgie Générale et Digestive

Création graphique : Mise à jour juin 2020 par la Direction de la Communication

Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse

© 2017, CHU de Toulouse - 2, rue Viguier - TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9