



Informations sur la chirurgie de l'obésité



04 321 81 36

 **Citadelle**
Clinique de l'obésité

L'obésité est une maladie chronique. Elle peut entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle peut également menacer la santé et provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil...

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

Il est nécessaire de bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- _ participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause ;
- _ bien se préparer à cette intervention ;
- _ comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie.

Vous trouverez dans cette brochure des explications sur :

- _ les conditions pour bénéficier de la chirurgie de l'obésité ;
- _ les différentes techniques chirurgicales ;
- _ l'organisation de la prise en charge, du premier entretien avec le chirurgien, l'hospitalisation jusqu'au suivi après l'intervention ;
- _ les modifications à apporter pour garantir le succès.

Cette brochure est un résumé non exhaustif des informations sur la chirurgie de l'obésité à l'hôpital de la Citadelle. Toutes les conséquences et implications de cette chirurgie ne peuvent être résumées ici. Ceci ne remplace pas les informations échangées lors des consultations.

Sommaire

- 01** Introduction
- 02** Technique
 - A. Le bypass gastrique
 - B. La sleeve-gastrectomie, la sleeve réversible et la sleeve Nissen
 - C. Autres techniques
- 03** Le bilan préopératoire
- 04** L'hospitalisation
- 05** Le suivi post-opératoire
- 06** Sur le long terme
- 07** Généralités avant la chirurgie
- 08** Généralités après la chirurgie
 - A. L'alcool
 - B. L'activité physique
 - C. Les médicaments
 - D. La grossesse
 - E. Le dumping syndrome
 - F. Le tabagisme
 - G. Les douleurs abdominales
 - I. Les hernies internes
- 09** Contacts utiles

Introduction

L'obésité est une maladie chronique

Elle se mesure par l'IMC (Indice de Masse Corporelle) ou BMI (Body Mass Index) :

$$\text{IMC/BMI} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (en mètre)}^2}$$

Exemple :

Si vous mesurez 1.65 m et pesez 120 kg. $\frac{120}{(1.65)^2} = 44$

Votre IMC/BMI est de :

Classification de l'état nutritionnel chez l'adulte en fonction de l'IMC/BMI :

IMC/BMI	Etat
De 18.5 à 25	Poids normal
De 25 à 30	Surpoids
De 30 à 35	Obésité classe I
De 35 à 40	Obésité classe II
> 40	Obésité classe III

Pourquoi perdre du poids ?

L'obésité favorise l'apparition de différentes pathologies :

- diabète ;
- affections cardio-vasculaires telle que l'hypertension artérielle ;
- apnées du sommeil ;
- troubles lipidiques ;
- douleurs ostéo-articulaires ;
- infertilité ;
-

De plus, d'autres problèmes peuvent survenir :

- sociaux : difficultés sur le lieu du travail, regard des autres ...
- familiaux : difficultés pour faire du sport en famille, suivre ses enfants, habillement, ...
- psychologiques : image de soi, troubles du comportement alimentaire, ...

Il vaut mieux changer ses habitudes pour perdre du poids à long terme.

Pour être bien aidé par la chirurgie, il faut comprendre le problème alimentaire à combattre. La chirurgie n'est qu'une aide contre l'obésité. Elle permet un déclic et un soutien à la perte de poids.

Pour obtenir un résultat à long terme, il est important de comprendre le rééquilibrage alimentaire. Il faut modifier les habitudes et réorganiser son assiette. Privilégiez les légumes sous toutes ses formes, maintenir un taux de protéines suffisant et ne pas exclure les féculents mais les limiter.

L'horaire des repas et le fractionnement de ceux-ci seront lié au succès.

Introduction

Critères nationaux imposés par l'INAMI

Les critères d'inclusion sont stricts.

Il faut faire la balance bénéfice/risque de la chirurgie et avoir la conviction que la chirurgie va aider le patient. Un patient bien sélectionné verra sa qualité de vie améliorée grâce à la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique peut être envisagée chez des patients adultes (> 18 ans) réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Soit un patient avec un IMC > 40 kg/m² ;
- Soit un patient avec un IMC > 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie comme :
 - le diabète,
 - le syndrome d'apnées du sommeil (SAHOS),
 - l'hypertension artérielle (traitée par 3 molécules différentes),
 - complication OU un résultat insatisfaisant après une 1^{re} chirurgie.

Auxquels s'ajoutent les points suivants :

- échec d'un traitement médical/ diététique suffisamment bien conduit
- chez un patient bien informé au préalable ;
- et ayant compris le suivi médical à long terme.

L'objectif est d'alléger le traitement médicamenteux, de réduire les comorbidités (diabète, maladies cardio-vasculaires, l'HTA,...) et le poids.

La majeure partie de la perte de poids se fait sur le 1^{re} année et se normalise au cours de la 2^{ème} année.





02

Techniques chirurgicales

Il existe plusieurs types d'opérations proposées à l'hôpital de la Citadelle.

Les plus fréquentes sont:

- le bypass gastrique ;
- la sleeve-gastrectomie, la sleeve réversible et la sleeve Nissen ;

Chaque chirurgie a ses avantages, ses inconvénients et ses risques. Il faut bien les comprendre afin de choisir l'intervention qui conviendra le mieux.

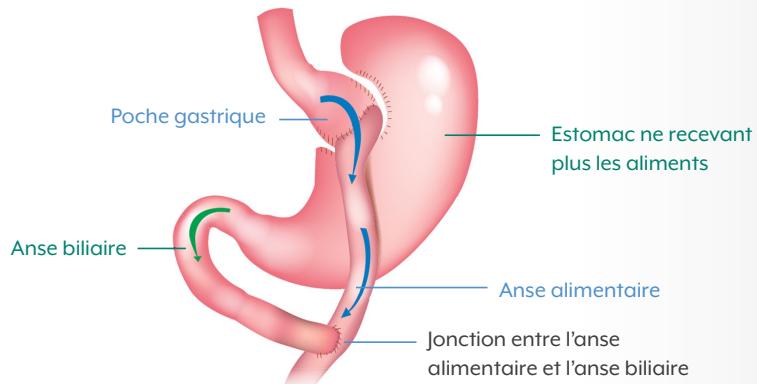
Le choix de l'intervention se fera en fonction de plusieurs paramètres :

- les habitudes alimentaires
- le profil métabolique (diabète, hypercholestérolémie, obésité abdominale,...)
- les examens pré-opératoires
- la concertation entre les intervenants (= concertation multidisciplinaire)
- la discussion entre le patient et le chirurgien

Comparatif schématique

Sleeve	Bypass
Points communs :	
Activité Physique	
Rééquilibration alimentaire	
Suivi psy (image corporelle)	
Respecter les consignes diététiques	
Prise de sang 1x/an	
Différences :	
Gros volumes	Grignotages
C carences nutritionnelles liées à la restriction	C carences nutritionnelles liées à la restriction + malabsorption
Vitamines et minéraux durant les deux premières années	Vitamines et minéraux à vie
	Dumping syndrome
	Concentration de l'alcool dans le sang augmentée
	Modification de l'absorption des aliments
Aggrave le reflux	Traite les problèmes de reflux
Traite le reflux pour la sleeve Nissen	
	Le tabagisme entraîne des ulcères et/ou sténose (rétrécissement)
	Eviction des anti-inflammatoires (ulcères)

Le bypass gastrique



Principe	<ul style="list-style-type: none"> Restriction: diminution du volume des aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche). Malabsorption: par court-circuit et diminution de l'absorption des aliments Métabolique: modification des hormones digestives contrôlant la faim, la sensation de satiété et la régulation du métabolisme du sucre. Modification de la flore intestinale et du métabolisme des sels biliaires.
Perte de poids attendue	30% à 40%
Durée moyenne de l'intervention	1-2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation	1-2 jours
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> complications chirurgicales: ulcère ou rétrécissement (sténose) de l'anastomose de la jonction entre l'estomac et l'intestin, obstruction intestinale; carences nutritionnelles liées à la malabsorption (vitamines, minéraux); complications fonctionnelles: hypoglycémie postprandiale, dumping syndrome, troubles du transit (constipation vs diarrhée).

Sleeve-gastrectomie, Sleeve réversible et Sleeve Nissen

Principe



Sleeve gastrectomie

Réduction du volume de l'estomac d'au moins 2/3

Sleeve réversible

Réduction du volume de l'estomac d'au moins 2/3 en préservant une communication entre les 2 estomacs (sécrétion gastrique permettant l'absorption vitaminique)

Sleeve Nissen

Réduction du volume de l'estomac d'au moins 2/3 et création d'une valve anti-reflux

Principe	Technique restrictive et métabolique : l'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.
Perte de poids attendue	30% à 40%
Durée moyenne de l'intervention	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation	1-2 jours
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ulcère, fistule, sténose (rétrécissement); carences nutritionnelles possibles (à surveiller); reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage; dilatation de l'estomac.

Autres techniques

La perte de poids est donc favorisée par différents mécanismes :

- 1 seules des petites quantités à la fois doivent être prises. Il faut fractionner les repas ;
- 2 l'envie de manger est souvent moins forte ;
- 3 la faim est diminuée
- 4 boire de petites gorgées à la fois
- 5 évitez les boissons gazeuses
- 6 pas d'alcool
- 7 pas de tabac
- 8 pratiquez une activité physique

Dans le cadre d'un bypass : le métabolisme du sucre est modifié de même que la résorption de certains aliments. Il faut éviter de manger trop gras, ce qui, entre autre, peut donner de la diarrhée.

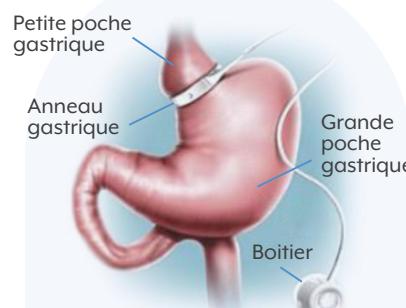
La perte de poids est proportionnelle aux efforts personnels fournis.



Attention

Avec les années, quelques kilos peuvent être repris. Il faut être attentif à ne pas boire de l'alcool, à ne pas grignoter ou à ne pas remanger des sucreries régulièrement. Ces consommations peuvent donner des malaises et, de plus, ces calories sont résorbées et peuvent faire reprendre du poids. La reprise de poids peut être liée à une «adaptation» de l'intestin qui reçoit les aliments et à une mémoire du corps qui n'oublie pas que vous avez eu des problèmes d'obésité. Il s'agit donc d'une modification alimentaire pour toute la vie et non transitoire.

Certains aliments sont moins bien absorbés après un bypass. Il faut donc régulièrement réaliser une prise de sang de contrôle à la recherche de carences et prendre des suppléments si nécessaire.



Après gastroplastie par anneau ajustable



Après une gastroplastie par agrafage + anneau non ajustable

Ces techniques sont moins utilisées à l'heure actuelle, mais elles étaient prépondérantes il y a une vingtaine d'années.

Les patients porteurs d'anneau n'ont pas souvent de suivi et cela peut engendrer des problèmes au long cours.

La plupart du temps, les patients consultent à nouveau pour des problèmes de reflux, brûlant. Cela est le plus souvent liés à une dilatation de l'estomac et/ou de l'œsophage avant l'anneau. Les patients ressentent alors des remontées alimentaires ou acides dues à une mauvaise vidange de l'estomac avant l'anneau.

Dans le cas d'un anneau ajustable, celui-ci peut-être dégonflé au moyen du boîtier. L'anneau non ajustable pour être ôté le plus souvent en laparoscopie.

Après ces types d'interventions, de mauvaises habitudes alimentaires sont parfois prises car seuls les aliments gras ou sucrés passent facilement à travers un anneau trop serré.

S'il y a une nécessité de réaliser une nouvelle intervention, en raison d'une perte de poids insuffisante, le bypass sera la technique de choix.

Le bilan préopératoire

Après un 1^{er} entretien avec le chirurgien, vous rencontrerez l'infirmière référente qui vous expliquera votre parcours et les rendez-vous pour des consultations complémentaires sont pris :

- _ réunion d'information
- _ rendez-vous pluridisciplinaires (médecin, psychologue, diététicienne)

Les RDV sont organisés au mieux, souvent sur une matinée.

La réunion d'information est un pré-requis à la suite du parcours.

Le bilan comporte différents examens :

- _ une analyse sanguine ;
- _ une gastroscopie ;
- _ une échographie abdominale.
- _ éventuellement : une polysomnographie, un OED,...

Il est parfois nécessaire de réaliser des bilans complémentaires (bilan cardiaque, pneumologique ou endocrinologique) en fonction des antécédents médicaux.

Au cours d'une réunion multidisciplinaire, le médecin, le chirurgien, le diététicien et le psychologue reprennent chaque dossier, permettant la décision.

Par la suite, l'infirmière vous contacte afin de vous informer de la décision.

Un rendez-vous chez votre chirurgien sera fourni (afin de fixer une date opératoire) ou nous vous orienterons vers une préparation (médicale, diététique, psychologique). Cela dans votre intérêt afin d'espérer les meilleurs résultats à long terme.

L'anesthésiste vous verra également avant la chirurgie.



L'hospitalisation

Vous êtes admis en hospitalisation le jour de la chirurgie.

Malheureusement, toutes les opérations ne peuvent avoir lieu à 8h du matin. L'heure est fixée la veille.

Ces opérations se réalisent sous anesthésie générale et par laparoscopie (4,5 petits trous) et dure environ 1 à 2h. Le patient se trouve cependant hors de la chambre pendant environ 4h car il faut tenir compte du temps des préparatifs, de l'anesthésie, du réveil.

Pendant l'hospitalisation, le patient est vu par le chirurgien, son assistant et par l'anesthésiste. La diététicienne du service passe avant la sortie de l'hôpital.

Des consignes vous seront données dès votre arrivée en chambre.

Il est important de se mobiliser dès le lendemain pour éviter, entre autre, les problèmes de phlébite et d'infection

pulmonaire.

La reprise de l'alimentation est progressive et prudente. Il ne faut pas mettre les sutures trop rapidement sous tension. Il est donc important de suivre le rythme autorisé par votre chirurgien.

Un drain parfois mis en place pendant l'opération permet au chirurgien d'avoir une information sur ce qui se passe à l'intérieur de l'abdomen. En cas de saignement ou de mauvaise cicatrisation, le drain peut être laissé en place.

Sans complication, l'hospitalisation dure 1 à 2 jours en fonction de l'évolution.

Le suivi post-opératoire

Après le retour à domicile, un traitement «anti-phlébite» est prescrit sous forme d'injections sous-cutanées dans les cuisses durant 20 jours

Un traitement anti-acide est prescrit entre 1 à 3 mois, sauf s'il existe une pathologie sous-jacente.

Le plus souvent, les agrafes sont ôtées au 2^e jour post-op (si vous êtes toujours hospitalisé) ou chez votre médecin traitant et des stéri-strip seront mis en place.

Les complications post-opératoires précoces sont devenues très rares (<5% en moyenne) et généralement en rapport avec les sutures ou le système d'agrafage. Elles peuvent saigner ou ne pas cicatriser normalement. En cas de saignement, des transfusions, une gastroscopie et même une ré-intervention peuvent être nécessaires.

Quand il y a une mauvaise cicatrisation (fistule, abcès), un drainage supplémentaire sous scanner ou par chirurgie peut être décidé. Parfois, un geste par endoscopie (gastroscopie) avec mise en place d'une prothèse pour boucher la zone non cicatrisée est nécessaire.

Classiquement, l'incapacité de travail est d'un mois mais certains recommencent à travailler plus tôt.

Un mois après l'opération, le chirurgien et la diététicienne sont revus en consultation. Différents rendez-vous sont organisés tous les 3 mois avec les membres de l'équipe. En fonction de l'évolution, d'autres soutiens peuvent être proposés.

L'objectif de ce suivi est très important et permet :

- 1 d'évaluer votre perte de poids ;
- 2 d'adapter, si besoin, les traitements que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien assimilés après intervention malabsorptive alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu ;
- 3 de repérer les éventuelles carences nutritionnelles et les traiter ;
- 4 évitez la reprise de poids avant qu'il ne soit trop tard ;

5 de vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes (alimentaires, activités physiques, activités quotidiennes) ;

6 de dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps et vous proposer, si besoin, un suivi adapté.

Planning post-opératoire

Nécessité d'un suivi régulier

	1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	1 an	Au-delà d'1 an
Chirurgien	✓		✓		✓	1x par an
Interniste/ nutritionniste		✓		✓		1x par an
Diététicienne	✓		✓		✓	1x par an
Psychologue		✓	✓			à la demande
Biologie		✓		✓		1x/an
BMC*						✓

* BMC ou densitométrie osseuse



06

Sur le long terme

Comme cela a été expliqué, l'obésité est une maladie chronique.

La chirurgie n'est qu'une aide pour traiter cette maladie. Elle améliore la qualité de vie et diminue ou traite les comorbidités.

Si les consignes diététiques ne sont pas respectées à vie, et si l'activité physique est insuffisante, une reprise de poids est inévitable quelle que soit la technique opératoire utilisée.

On estime que le taux d'échec de ce type de chirurgie à 10 ans est de 10 à 20%. On comprend dès lors l'importance de retrouver une nouvelle hygiène de vie après une chirurgie bariatrique.

07

Généralités avant la chirurgie

Même si les interventions de chirurgie bariatrique peuvent aboutir à un même résultat, qui est la perte de poids, la technique choisie peut amener à des conséquences différentes dans les suites ou le suivi post-opératoire.

Par exemple, dans le cas d'une sleeve, il est toujours possible d'avoir accès facilement à l'ensemble du tube digestif via un endoscope (gastroscopie ou échoendoscopie). Ce type de chirurgie est donc conseillé lorsqu'on doit surveiller l'estomac ou le foie (lésions précancéreuses de l'estomac ou anomalie au niveau du foie). Ceci ne sera pas le cas lors de la réalisation d'un bypass.

Avant l'intervention

Avant l'intervention il est important de suivre un régime hyper protéiné (expliqué par la diététicienne). Ceci a pour but, entre autre, de diminuer le volume du foie. Etant donné que l'estomac se situe sous le foie, lorsque celui-ci est de petite taille, la chirurgie est facilitée, le temps opératoire est plus court et le risque de complications est diminué.



Point de vue pratique

Du point de vue pratique, il s'agit d'une chirurgie remboursée par la mutuelle hormis un forfait pour le matériel utilisé. Ce forfait, d'environ 1200 euros, est souvent remboursé par les assurances complémentaires ou hospitalisation. Le patient doit le vérifier avec son organisme assureur personnel. En cas de chambre seule, des suppléments allant jusqu'à 200% peuvent être demandés.

Sachez que les fumeurs sont plus à risques de complications postopératoires (cicatrisation, risque au niveau des sutures et agrafages). Des complications dites « générales » peuvent également survenir (complication pulmonaire infectieuse, thrombose veineuse, embolie pulmonaire). Arrêter ou diminuer la consommation tabagique le plus tôt possible avant l'opération est vivement recommandé.

La restriction alimentaire et la malabsorption (dans le cas du bypass) entraîne la plupart du temps des carences, ce qui nécessite un contrôle de prise de sang, tous les 6 mois dans les deux premières années puis 1x/an.

La prise de suppléments vitaminiques et de certains minéraux sera nécessaire à vie.

Généralités après la chirurgie

A. L'alcool

De manière générale, il est important de comprendre que votre alimentation était une (votre) source de plaisir. Elle activait le circuit de la récompense dans votre cerveau (je mange quelque chose -> je me sens bien).

Le fait d'être privé de ce circuit après la chirurgie (par restriction en terme de quantité et par modification alimentaire ; par exemple diminution des aliments sucrés) va amener des modifications à la recherche de ce circuit de la récompense. Vous allez donc, inconsciemment, tenter de trouver ce qui va activer ce plaisir. Malheureusement, certains patients peuvent voir leur consommation d'alcool augmenter après la chirurgie, surtout s'il existait une consommation ancienne. Il en est de même pour le tabagisme. Cela peut engendrer des conséquences néfastes pour votre chirurgie avec risque de complications à long terme (sténose = rétrécissement des sutures, ulcères, ...). Comme expliqué plus loin, l'activité physique va activer le circuit du plaisir car elle secrète des endorphines (molécule qui procure une sensation de bien-être).

Après un bypass, il est important de savoir que l'absorption de l'alcool

est modifiée. L'alcool est absorbé plus rapidement et en quantité plus importante dans le sang. En cas de contrôle, vous pourriez donc être positif alors que vous n'avez bu qu'une faible quantité d'alcool. De plus, il peut y avoir des répercussions au niveau du foie avec des risques de cirrhose plus précoce. Il est important de limiter votre consommation pour votre santé et ne pas oublier également que l'alcool est une source importante de calories.

B. L'activité physique

Elle est indispensable. Faire du sport régulièrement est important dès les premiers mois. La perte de poids entraîne une fonte musculaire, autrement dit on ne perd pas que de la masse grasse (de la graisse), mais également de la masse musculaire (du muscle). Cela peut entraîner une fatigue musculaire et diminuer votre métabolisme de base (l'énergie = les calories dont vous avez besoin au quotidien).

Si vous entretez une activité physique régulière, vous augmenterez donc votre masse musculaire, vous serez moins fatigué dans les activités quotidiennes et vous maintiendrez votre résultat à long terme. Le muscle consomme plus d'énergie que la graisse et aide donc à stabiliser le poids. Votre corps sera également redessiné et votre ressenti sera meilleur. Cela vous aidera à

Généralités après la chirurgie

intégrer les modifications de l'image corporelle, à apprécier votre nouveau corps.

Vous devez vous fixer des objectifs progressifs et réguliers. Cela n'a pas d'intérêt d'envisager une activité physique insurmontable en terme d'activité et de durée. La régularité est nécessaire pour espérer un résultat à long terme. Le plus difficile sera parfois de trouver le sport que vous aimerez, après l'avoir trouvé, cela ne sera pas vécu comme une corvée mais bien comme un réel plaisir. Vous obtiendrez une sensation de bien-être par les molécules qui seront sécrétées durant l'effort et le résultat esthétique que vous obtiendrez à long terme

C. Les médicaments

En cas de bypass, l'absorption des médicaments peut être variable. Cette variabilité n'est pas prévisible, elle dépend des médicaments et des patients.

Attention aux contraceptifs oraux (pilule). Dans le cas d'un bypass, pour plus de sécurité, il est conseillé de passer à un autre mode contraceptif (stérilet, implant,...).

Certains médicaments devront être adaptés. Parfois il est nécessaire d'avoir une concentration croissante et prévisible du médicament, cela

peut éventuellement contre indiqué au bypass (cas des antiépileptiques).

Il est capital de savoir qu'il ne faut plus prendre d'anti-inflammatoires après un bypass. Les répercussions peuvent être importantes surtout si un tabagisme est associé. Le risque est l'ulcère au niveau de la suture qui aboutit à une sténose (rétrécissement) en cicatrisant mais qui peut également perfore et nécessiter une chirurgie en urgence.

D. La grossesse

Si une grossesse est envisagée, il est important de se poser la question du meilleur moment, soit avant, soit après la chirurgie, l'histoire de la patiente permettra d'orienter son choix.

Après une chirurgie bariatrique il est important de stabiliser sa perte de poids avant d'envisager une grossesse. La perte de poids peut engendrer des carences nutritionnelles néfastes pour l'enfant (malformations). Par ailleurs, le but de la chirurgie étant la perte de poids, il ne faudrait pas reprendre les kilos à cause de la grossesse et de ses modifications hormonales. Habituellement, on préconise d'attendre au moins 2 ans avant d'envisager une grossesse.

Lorsque la grossesse sera planifiée, le suivi avant et durant la grossesse devra être rapproché et de manière

Généralités après la chirurgie

pluridisciplinaire (diététicienne, médecin, chirurgien). Il est important d'adapter les apports journaliers, prévenir les carences nutritionnelles et rechercher les potentielles complications. Des contrôles de prise de sang seront nécessaires.

E. Le dumping

= sensation de malaise après avoir ingéré des graisses ou des sucres après un bypass.

Il peut être précoce (0-60 min après l'ingestion d'aliment) ou tardif (60-240 min après l'ingestion de l'aliment). Les principaux symptômes du dumping peuvent être des douleurs abdominales, des diarrhées, des nausées, des borborygmes, des palpitations, de la tachycardie, un épisode de transpiration et une chute de tension.

Il est lié au fait que les aliments sont très peu digérés dans le petit estomac et passe directement dans l'intestin grêle. Initialement, il ne recevait que des aliments préparés par l'estomac (il y avait une «pré-digestion» des aliments dans l'estomac). De plus, si les aliments ne sont pas bien mâchés, ou avalés trop vite, il peut y avoir un encombrement de l'intestin qui peut occasionner des

douleurs abdominales. Le petit intestin (grêle) n'est pas fait pour recevoir directement ces aliments non digérés. C'est pourquoi, après un bypass, le sucre et les graisses peuvent donner des malaises. Ces malaises sont décrits de différentes façons (palpitations, nausées, fatigue, diarrhée, ...). Ces malaises sont également liés à des phénomènes hormonaux modifiés après la chirurgie du bypass (sécrétion et sensibilité à l'insuline, tout ce qui a un rapport avec le taux de sucre). Ces malaises ne sont pas présents chez toutes les personnes opérées.

Outre les aliments sucrés qui peuvent être difficilement tolérés, certains aliments comme les graisses sont moins bien absorbés. Il faut donc prendre des compléments et éviter de manger trop de graisses qui peuvent, outre leur apport calorique important, donner de la diarrhée.

F. Le tabagisme

En plus des complications liées à l'acte chirurgical, il est important de savoir que les complications du tabagisme au long cours peuvent être néfastes.

La complication la plus redoutable est la sténose (le rétrécissement) de la suture entre l'estomac et l'intestin, ce qui peut aller jusqu'à une impossibilité

Généralités après la chirurgie

de s'alimenter. On verra d'abord des difficultés alimentaires pour les aliments solides puis liquide. Il s'agit le plus souvent d'une conséquence d'un ulcère qui cicatrice.

Réintervenir chez ces patients peut aboutir à l'échec si celui-ci n'arrête pas sa consommation tabagique.

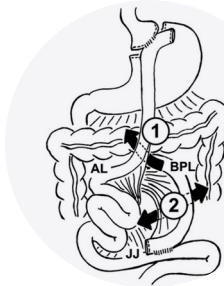
G. Les douleurs abdominales

Certains patients se plaignent de douleurs abdominales pas immédiatement, mais le plus souvent à distance de leur chirurgie.

Ces douleurs peuvent être liées à une prolifération bactérienne au niveau de l'anse montée sur l'estomac. Les symptômes les plus courant outre les douleurs sont les diarrhées, des ballonnements et des flatulences excessives.

Le traitement sera des antibiotiques et une modification du régime alimentaire.

D'autres causes aux douleurs abdominales peuvent être retrouvées ; les lithiases vésiculaires, l'ulcère gastrique ou anastomotique, les hernies internes, ...



H. Les hernies internes

1. Espace Petersen

2. Espace mesojejunal

Il s'agit d'un problème se retrouvant uniquement dans le cadre d'un bypass. L'intestin monté sur l'estomac et la suture entre les intestins créent «des espaces» ou peuvent se coincer l'intestin. Les chirurgiens de l'hôpital de la Citadelle ont l'habitude de prévenir cette complication, en refermant ses espaces mais la perte de poids et la fonte de la graisse intraabdominale peut parfois malheureusement «réouvrir» ces espaces.

Les symptômes seront des douleurs aigues et importantes, avec nausées et vomissements quand l'intestin est littéralement coincé dans ses espaces. La prise en charge nécessite une réintervention pour décoincer l'intestin de cet espace et les refermer.

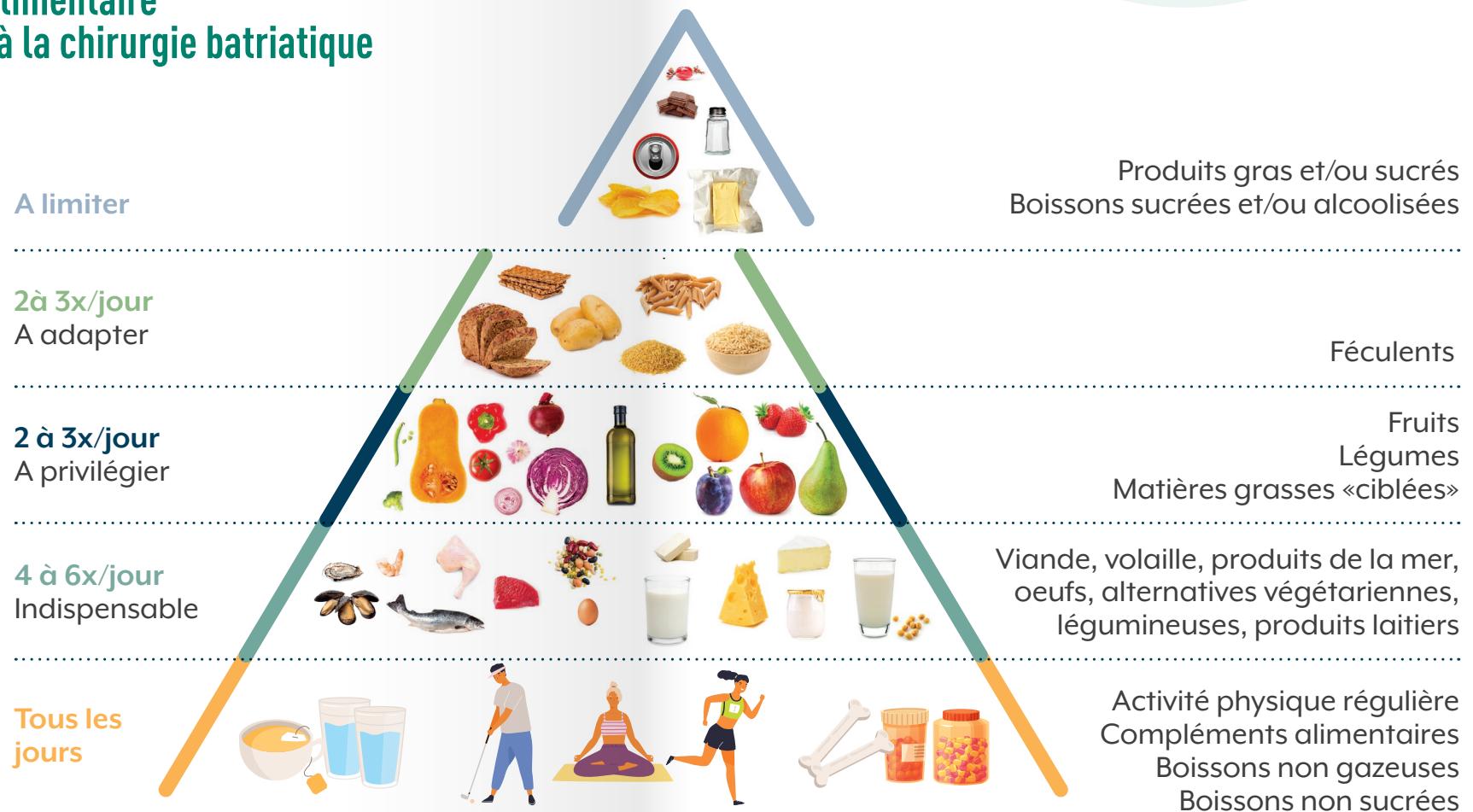
I. Suppléments vitaminiques :

Quelles sont les principales carences ?

- Vitamines B9 (acide folique), B12, B1
- Vitamine D
- Vitamines A et E
- Les minéraux comme le fer, le calcium
- Les oligo-éléments comme le zinc, le sélénium

Outre les problèmes carenciels, une chute de cheveux se marque en cas de perte de poids rapide.

Pyramide alimentaire spécifique à la chirurgie bariatrique





09

Contacts utiles

Horaires du centre

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30

Service des rendez-vous de la Clinique
de l'Obésité
04/321.81.36

Secrétariat
04/321.72.66 ou 04/ 321 87 79

Infirmière Référente de la Clinique
de l'Obésité
04/321.72.23