

# OPÉRATION PERTE DE POIDS



## Mon parcours de soins au GROUPE HOSPITALIER du HAVRE

Ce livret vous appartient. Il est fait pour faciliter votre projet, lisez-le attentivement et présentez-le à chaque rendez-vous.

Il vous permettra de mieux comprendre votre parcours et d'en être acteur.

Il vous apportera les informations nécessaires à votre projet et vous permettra de suivre l'évolution de votre prise en charge.

## INTRODUCTION

L'obésité est un grave problème de santé publique. Elle diminue l'espérance de vie de 10 à 20 ans.

**Vous avez pris la décision de vous faire aider et c'est déjà un grand pas.**

Vous souhaitez être pris en charge par une équipe multidisciplinaire.

Vous avez donc consulté au Groupe Hospitalier du Havre où un parcours personnalisé et coordonné vous est proposé.

### Indications de la chirurgie bariatrique :

La prise en charge chirurgicale de l'obésité, ou chirurgie bariatrique, suit les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Elle ne peut être envisagée que chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40kg/m<sup>2</sup> (poids/taille<sup>2</sup>) ou IMC entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une pathologie pouvant être améliorée par la chirurgie (Diabète, Hypertension artérielle, Syndrome d'apnée du sommeil, Stéatose hépatique...).
- En deuxième intention, après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique ou psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois.
- En l'absence de perte de poids suffisante ou d'absence de maintien de la perte de poids.
- Après une bonne information, une évaluation et une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire.

**Elle nécessite un suivi médical et chirurgical à LONG TERME.**

# LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE AU GHH



Le suivi multidisciplinaire sera au minimum de 6 mois avant la chirurgie.

## **Diététiciens**

La chirurgie n'est qu'une aide à la perte de poids. La prise en charge diététique est primordiale pour que votre chirurgie soit une réussite.

Les diététiciens évalueront vos habitudes et comportement alimentaire.

### Objectifs :

- Corriger, équilibrer, déculpabiliser les habitudes alimentaires.
- Repérer les sensations alimentaires (faim/satiété).
- Détecter les comportements alimentaires inadaptés et les améliorer (grignotages, compulsions).
- Prendre conscience des contraintes liées à la chirurgie.
- Introduire une hygiène de vie.
- Organiser les futurs repas avec suffisamment d'apports protéinés.

La première consultation signe le début de la prise en charge.

Vous bénéficierez :

- de consultations individuelles adaptées à vos besoins,
- d'ateliers de groupe,
- d'une prise en charge diététique au cours de votre hospitalisation,
- d'un suivi post opératoire rapproché.

## **Endocrinologues**

Ils réaliseront un point sur votre histoire pondérale, votre activité physique, votre comportement alimentaire.

Ils rechercheront des complications liées à votre obésité, réaliseront le bilan complet nécessaire avant toute chirurgie bariatrique, évalueront la faisabilité de la chirurgie et introduiront des traitements, si nécessaire.

## **Psychologue**

Vous bénéficierez d'un entretien personnel ayant pour but de déceler les contre-indications psychologiques et d'éventuels troubles du comportement alimentaire.

Plusieurs ateliers vous seront aussi proposés pour vous préparer aux suites de l'intervention et à l'impact de celle-ci sur votre vie.

Une prise en charge psychologique de plusieurs mois peut vous être proposée avant et après l'intervention.

## **Chirurgien**

Il vous expliquera les différentes possibilités d'intervention, les bénéfiques et les risques. Vous le rencontrerez en moyenne 3 fois.

Il déterminera à la fin du bilan si la chirurgie peut être envisagée.

Vous pourrez lui poser l'ensemble des questions que vous souhaitez. Préparez-les en amont.

### **Infirmière de parcours**

Elle est là pour coordonner vos rendez-vous, récupérer les résultats de vos examens, pour organiser votre hospitalisation et votre sortie.

Elle est en mesure de répondre à vos questions.

**Un pneumologue** à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil.

**Un gastro-entérologue** pour la réalisation d'une fibroscopie œsogastroduodénale pour contrôler votre estomac.

**Un radiologue** pour la réalisation d'une échographie abdominale afin d'étudier votre foie.

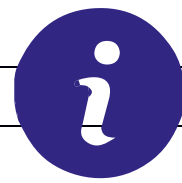
**Un gynécologue** pour le suivi habituel (frottis cervical, mammographie...) mais aussi pour les femmes en âge de procréer en cas de nécessité de conservation ovarienne, de choix de contraception adaptée.

**Un anesthésiste.** Après interrogatoire et questionnaire de pré-anesthésie rempli, la consultation permet d'évaluer le risque opératoire, d'informer sur la technique d'anesthésie, les complications médicales liées à l'anesthésie et de gérer les traitements médicaux.  
Des examens complémentaires pourront être prescrits si besoin.

**Un éducateur en Activité Physique Adaptée (APA)** qui vous aidera à mettre en place une activité physique quotidienne en fonction de vos capacités.

D'autres consultations de spécialistes pourront s'avérer nécessaires durant le parcours.

# VOTRE PARCOURS PATIENTS



## Mode d'entrée dans le parcours :

Souhait du patient  
Médecin traitant  
Autre spécialiste (rhumato...)

Avis pour prise en charge de l'obésité

Consultation de chirurgie  
Infirmière de parcours  
Consultation diététique

## Bilan pré-chirurgie en Hôpital de Semaine

Ateliers d'Éducation Thérapeutique  
Consultation avec un psychologue  
Ateliers d'éducation sportive

2<sup>ème</sup> consultation de chirurgie

Staff pluridisciplinaire (au moins 6  
mois après le début de parcours)

- ✓ **Indication opératoire retenue**
- ✓ 3<sup>ème</sup> consultation avec le chirurgien
- ✓ Date opératoire communiquée et date de consultation d'anesthésie
- ✓ Demande d'entente préalable à la sécurité sociale

Chirurgie non envisageable

Suivi diététique, psychologique  
2<sup>ème</sup> réévaluation à 6 mois

Récusé de la chirurgie

## CHIRURGIE

Vous serez hospitalisé pendant 2 jours et demi dans le service d'endocrinologie (4<sup>ème</sup> étage Hall Nord) où l'ensemble des examens nécessaires seront réalisés.

## SUIVI MÉDICO CHIRURGICAL POST OPERATOIRE À VIE

## **L'hospitalisation de semaine**

Vous serez hospitalisé pendant 2 jours et demi dans le service d'endocrinologie (4ème étage Hall Nord) où l'ensemble des examens nécessaires seront réalisés :

- Une prise de sang complète
- Un électrocardiogramme
- Une impédancemétrie
- Un test de syndrome d'apnée du sommeil
- Une échographie abdominale
- Une fibroscopie œsogastroduodénale
- Une évaluation de vos capacités physiques par un kinésithérapeute

Au cours de cette hospitalisation vous rencontrerez aussi des diététiciens, psychologues, infirmière qui animeront plusieurs ateliers de groupes entrant dans « l'Éducation Thérapeutique du Patient » (ETP).

## **Les ateliers, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)**

Afin de vous préparer au mieux à la chirurgie, 6 ateliers d'éducation thérapeutique vous sont proposés.

L'objectif est d'acquérir des connaissances et compétences utiles pour devenir acteur de votre santé et s'impliquer dans la prise en charge de votre maladie qu'est l'obésité. Ces ateliers permettent également d'échanger avec d'autres patients et d'être accompagné tout au long de la procédure chirurgicale.

Psychologues et diététiciens vous guident dans cet apprentissage et favorisent une réflexion sur soi dans l'objectif de « mieux se connaître ».

Thèmes abordés au cours des ateliers :

- Image corporelle
- Représentation alimentaire
- Les différents régimes et leur impact
- Les sensations alimentaires
- Les différentes chirurgies
- La réalimentation après chirurgie

Les deux premiers ateliers auront lieu au cours de votre hospitalisation dans le service d'endocrinologie. Les autres se dérouleront en Hôpital de jour en externe.

Merci de vous rendre disponible. À noter qu'aucun bon de transport ne pourra être remis.

## **La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**

Au terme de votre parcours d'environ 6 mois, votre dossier sera systématiquement discuté lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire qui réunit l'ensemble de l'équipe qui vous a pris en charge.

Elle a pour but de faire le point sur votre parcours et de vous proposer la solution la plus adaptée à votre situation.

Si vous n'êtes pas prêt, la prise en charge médicale sera poursuivie et votre dossier rediscuté ultérieurement.

Si votre dossier est validé, il sera alors discuté du type de chirurgie qui vous conviendrait le mieux selon votre âge, vos pathologies associées, vos antécédents chirurgicaux, votre IMC (indice de masse corporelle), votre mode de vie, votre désir de grossesse.

Ainsi une date opératoire sera fixée et votre dossier envoyé à la sécurité sociale.

### **L'entente préalable**

Elle se fait auprès de la sécurité sociale informatiquement par nos soins une fois que vous avez entrepris tout votre parcours, que votre dossier est validé en RCP et que le choix de technique chirurgicale a été retenu.

Elle est absolument nécessaire à votre prise en charge.

3 cas peuvent se présenter :

- votre cas est directement validé informatiquement « avis favorable »,
- votre cas n'est pas validé informatiquement et votre dossier doit être étudié par un médecin de la Sécurité Sociale,
- votre cas n'est pas validé « avis défavorable » et dans ce cas, si vous le souhaitez, vous pouvez faire un recours auprès de la Sécurité Sociale.

Dans le cas où votre dossier n'est pas validé en RCP ou par la sécurité sociale on vous remettra dans un parcours de soins purement médical encadré par les diététiciens d'endocrinologie, les endocrinologues et nutritionnistes.



## **SE PRÉPARER A LA CHIRURGIE**

La chirurgie bariatrique changera définitivement votre vie. Vous devez absolument modifier vos habitudes concernant l'activité physique, le tabac, la nourriture et l'alcool.

### **Activité physique**

Faire de l'exercice physique permet d'être en bonne forme et vous permet de vous préparer au mieux à la chirurgie. Les exercices n'ont pas besoin d'être de haute intensité pour être efficaces. La marche est un excellent moyen pour débiter et suffit à vous maintenir en forme.

L'exercice physique permet :

- ✓ D'aider à maintenir votre perte de poids après la chirurgie.
- ✓ Réduit le risque de mourir prématurément.
- ✓ Réduit le risque de développer certaines maladies comme certains cancers, diabète, maladies cardiaques.
- ✓ Préserve les os, muscles et articulations.
- ✓ Réduit le sentiment d'anxiété, de dépression.



## Le Tabac

Il est IMPERATIF D'ARRÊTER DE FUMER au moins 1 mois avant votre chirurgie pour réduire les risques de complications. Votre date opératoire pourra être DECALÉE si votre consommation tabagique n'a pas diminué.

L'équipe peut vous aider à arrêter en vous mettant en relation avec un tabacologue.

## L'alcool

Evitez au maximum d'en consommer. L'alcool contient beaucoup de calories. Si vous avez besoin d'aide, faites-le nous savoir.

## Régime

Les chirurgiens et diététiciens peuvent devoir vous prescrire un régime pauvre en calories 2 à 3 semaines avant la date opératoire.

Ce régime va vous permettre de réduire la taille de votre foie et donc de faciliter le geste opératoire.

Vous allez perdre du poids durant ce régime MAIS garder à l'esprit que vous ne devrez pas toujours suivre ce régime. Il est utile seulement sur une courte période pour vous préparer au mieux à la chirurgie.

### Aliments autorisés

- ✓ Eau 1,5 à 2L par jour.
- ✓ Café/thé/tisane sans adjonction de sucre crème ou lait.
- ✓ Édulcorants.
- ✓ Épices.
- ✓ Pain, riz, pommes de terres, pâtes sans adjonction de matières grasses.
- ✓ Légumes et fruits faibles en calories.
- ✓ Yaourts nature sans adjonction de sucre.
- ✓ Poisson, poulet.

### Aliments interdits

- Huile, beurre, margarine, crème fraîche.
- Lait, fromage, yaourts sucrés, chantilly.
- Limiter les légumineuses.
- Charcuterie.
- Viande rouge.
- Alcool.

## LES TYPES DE CHIRURGIES

Lorsque vous mangez, les aliments passent dans la bouche puis l'œsophage et l'estomac.

L'estomac mélange et broie les aliments. Il sécrète des enzymes qui décomposent les aliments permettant la digestion. Les aliments prédigérés quittent l'estomac pour aller

dans l'intestin grêle où les substances nutritives (protéines, sucres, gras, vitamines et minéraux) sont absorbées.

Ce qui reste passe ensuite dans le colon qui absorbe les liquides des aliments. Les déchets inutilisés se transforment en selles et sont stockées dans le rectum pour être excrétées.

### **La chirurgie bariatrique :**

Elle permet de traiter l'obésité sévère mais ce n'est qu'une étape dans votre parcours d'amaigrissement.

Il faudra en effet avoir un suivi strict de certaines règles pour obtenir les résultats que vous souhaitez.

Au GHH nous pratiquons principalement 2 types de chirurgies :

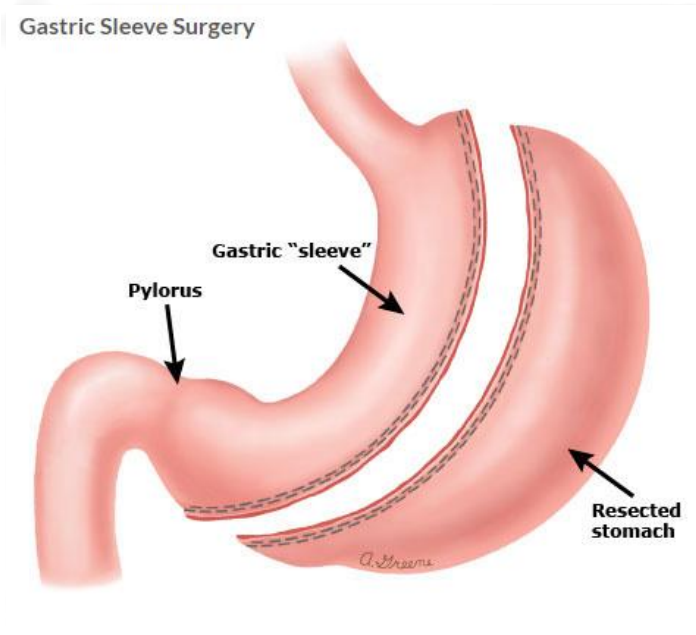
La Sleeve Gastrectomy	Le Bypass gastrique
-----------------------	---------------------

Avec votre chirurgien, vous avez choisi la chirurgie la mieux adaptée à votre cas.

## **La Sleeve Gastrectomy**

L'objectif est que vous perdiez jusqu'à 60 à 65 % du poids que vous avez en trop à environ 18 mois après la chirurgie. Elle permet aussi la régression des maladies liées à l'obésité et donc moins de traitements.

Gastric Sleeve Surgery



Cette opération consiste à retirer de façon définitive les 2/3 de l'estomac, en appliquant des agrafes le long d'un tube introduit dans l'estomac par la bouche. Elle permet donc de diminuer le volume de l'estomac. Votre estomac sera donc plus petit. La quantité d'aliments ingérés sera beaucoup moins importante.

Elle permet aussi d'enlever une partie de l'estomac qui contient une hormone qui participe à la sensation de faim (ghréline). Vous allez vous sentir rempli plus rapidement. Vous ne pourrez plus manger autant qu'avant.

C'est une intervention qui dure en moyenne 60 minutes et se déroule sous anesthésie générale par cœlioscopie c'est à dire avec 4 petites incisions, une caméra et des pinces.



Malgré tout, on ne peut exclure la possibilité d'une grande incision abdominale s'il survient une complication ou s'il existe des difficultés lors de l'intervention.

Au décours de l'intervention il n'est pas laissé en place de sonde gastrique (sauf si complications).

Il n'est pas effectué de manière systématique de radiographie de l'abdomen avec ingestion de produit de contraste en post-opératoire.

Les suites opératoires sont simples dans 95% des cas. Malgré tout, cette opération présente ses complications propres.

#### Les complications durant l'intervention :

- Lors de la mise en place des trocarts : plaie d'un vaisseau ou d'un viscère.
- Lors de la création du pneumopéritoine (insufflation de gaz carbonique dans l'abdomen) problèmes cardiaques.
- Lors de la Sleeve Gastrectomy : difficultés d'agrafage, hémorragie, plaie de foie, de la rate ou de l'œsophage.

#### Les complications immédiatement après l'intervention :

- Une hémorragie survenant dans l'abdomen imposant une ré-intervention pour réaliser une hémostase locale et l'ajout d'un drain abdominal (2% des cas).
- Une fistule (trou) dans la suture de l'estomac (1 à 4% des cas). C'est une désunion de l'agrafage gastrique. Elle peut survenir jusqu'à 30 jours après la chirurgie. Elle nécessite une ré-intervention voire un transfert dans un centre spécialisé dans les endoscopies. L'hospitalisation sera dans ce cas minimum de 3 semaines.
- Une phlébite voire embolie pulmonaire malgré un traitement pour fluidifier le sang instauré pendant 15 jours post opératoire.
- Un encombrement bronchique avec risque d'infection pulmonaire.
- Un abcès de paroi sur les cicatrices.
- Un décès dans 0,1 % des cas.

#### Les complications tardives après l'intervention :

- La sténose ou rétrécissement du tube gastrique (1 à 2% des cas) survient sous la forme de vomissements récidivants malgré l'absence d'erreurs nutritionnelles. Elle nécessite un traitement endoscopique par dilatation ou mise en place de prothèse. Dans certains cas si le traitement échoue, une reprise chirurgicale peut être nécessaire.
- Le reflux gastrique (remontées acides) pouvant nécessiter un traitement au long cours voire une reprise opératoire.
- L'occlusion intestinale avec arrêt des selles, douleurs abdominales aiguës, vomissements et arrêt des gaz.
- L'événtration.

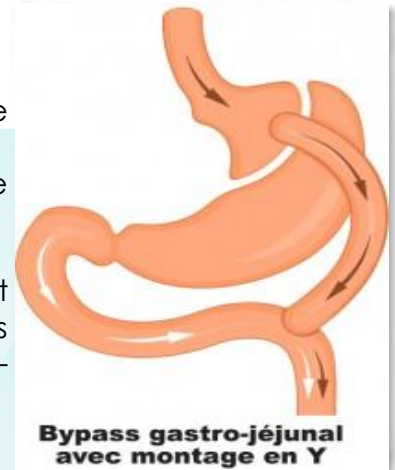
- La dilatation de la partie de l'estomac laissée en place pouvant imposer une nouvelle intervention chirurgicale.
- Des carences nutritionnelles pouvant nécessiter une supplémentation vitaminique.

## Le Bypass gastrique

L'objectif est que vous perdiez jusqu'à 65-70 % du poids que vous avez en trop en 18 mois environ.

Il permet la régression des maladies liées à l'obésité et de diminuer la prise de traitements.

Il consiste à diminuer la quantité d'aliments ingérés en réduisant l'estomac à une petite poche et à diminuer l'assimilation des aliments par l'organisme. Aucun organe est enlevé, on court-circuite une partie de l'estomac et de l'intestin.



Elle se déroule sous anesthésie générale par coelioscopie avec 5 petites incisions. Le geste opératoire dure entre 2h et 2h30.

Si des difficultés opératoires surviennent nous pouvons être amenés à pratiquer une grande incision.

Au décours de l'intervention il n'est pas laissé de sonde gastrique. Il n'y a pas de radiographie systématique en post opératoire.

Même si la chirurgie se déroule bien dans 95 % des cas, il existe des complications.

### Complications durant l'intervention :

- Lors de la mise en place des trocarts : plaie d'un vaisseau ou d'un viscère.
- Lors de la création du pneumopéritoine, (insufflation de gaz carbonique dans l'abdomen) : problèmes cardiaques.
- Difficultés pour réaliser correctement la chirurgie.

### Les complications immédiatement après l'intervention :

- Une hémorragie survenant dans l'abdomen imposant une ré-intervention pour réaliser une hémostase locale et l'ajout d'un drain abdominal (2%).
- Une fistule (trou) dans la suture de l'estomac (1 à 4%). Elle nécessite une ré-intervention voire un transfert dans un centre spécialisé dans les endoscopies. L'hospitalisation sera dans ce cas minimum de 3 semaines.
- Une phlébite voire embolie pulmonaire malgré un traitement pour fluidifier le sang instauré pendant 15 jours post opératoire.
- Un encombrement bronchique avec risque d'infection pulmonaire
- Un abcès de paroi sur les cicatrices.
- Un décès dans 0,1 % des cas.

## Les complications tardives après l'intervention

- L'occlusion intestinale avec arrêt des selles, douleurs abdominales aiguës, vomissements et arrêt des gaz.
- L'éventration.
- Carences nutritionnelles et vitaminiques pouvant entraîner des atteintes neurologiques graves peuvent survenir **jusqu'à 7 à 10 % des cas**. Un traitement vitaminique est donc à prendre À VIE et un suivi médical est indispensable pour dépister les carences.
- La diarrhée par accélération du transit.

## L'HOSPITALISATION



Vous êtes arrivé au bout de votre prise en charge PRE- chirurgicale.  
Votre dossier a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire pour décider du meilleur type de chirurgie pour vous.  
La sécurité sociale a donné son accord pour votre prise en charge.  
Vous avez vu une dernière fois votre chirurgien pour lui poser les dernières questions en vue de la chirurgie.  
Vous avez eu votre consultation d'anesthésie.

### Ce qu'il faut apporter pour l'hospitalisation:

- Carte Vitale, Carte mutuelle, carte de groupe sanguin
- Nécessaire de toilette
- Mouchoirs, brumisateur
- Vêtements de rechange, chaussons
- Bas de contention
- Appareil si syndrome apnée du sommeil
- Ordonnance médicale avec vos traitements habituels

### L'admission en service de chirurgie:

- La durée d'hospitalisation dure en moyenne 3 jours.
- L'admission se fait soit la veille de l'intervention à 17h soit le matin à 7h dans les unités de chirurgie U21 ou U23 au 2<sup>ème</sup> étage du Hall Nord du GHH.
- Dans le cas où votre entrée se fait **le matin il vous a été donné une ordonnance pour prendre une douche à la Bétadine (ou Chlorhexidine si allergie) la veille au soir et le matin de l'intervention avant votre hospitalisation.**
- À votre arrivée une infirmière et aide-soignante répondront à vos questions et vous prendront une tension artérielle, pouls, température et vous pèseront.
- Vous aurez le droit à la prise de liquides clairs (jus de pomme) jusqu'à 2 heures avant l'intervention.
- Dernier repas léger la veille au soir de l'intervention.
- L'anesthésiste vous a communiqué les médicaments à prendre ou non.
- **ARRÊT DU TABAC 1 mois avant l'intervention préférable**

## La chirurgie

Vous serez conduit au bloc opératoire dans votre lit par un brancardier. Il est important que vous descendiez au bloc opératoire avec vos bas de contention sur vous.

On vous installera sur la table d'opération quelques minutes avant d'entrer en salle d'opération.

La durée de l'anesthésie, de l'intervention et du passage en salle de réveil varient d'un patient à l'autre et selon les chirurgies.

À votre réveil, vous aurez une perfusion dans le bras, de l'oxygène dans le nez si besoin.

## Le retour en chambre

- Une infirmière surveillera régulièrement vos signes vitaux (tension, pouls, température) et vos pansements.
- Vous serez levés dès le soir de l'intervention avec de l'aide pour prévenir tout risque de phlébite.
- Vous aurez des piqûres d'anticoagulants pour prévenir la phlébite matin et soir.
- Veillez à ne pas croiser vos jambes au repos et bougez-les au minimum toutes les 2 heures.
- Le soir de l'intervention après accord de votre chirurgien vous aurez le droit à de l'eau, bouillon, thé.

Vous pouvez ressentir des douleurs. Les gaz de coelioscopie peuvent être à l'origine de douleurs dans les épaules. Des antalgiques (médicaments contre la douleur) vous seront donnés régulièrement mais aussi à votre demande. Vous devez pouvoir bouger facilement en post-opératoire. Si malgré les antalgiques vous avez des difficultés, cela peut être un signe d'alerte. Le Chirurgien sera alors tenu au courant.

## Le deuxième jour

- Une prise de sang sera réalisée. En fonction de vos paramètres vitaux et des résultats de celle-ci, vous serez déperfusé et aurez le droit à une alimentation semi-liquide (texture potage) **FRACTIONNÉE**.

- Afin de ne pas vomir, veillez à boire régulièrement par petites gorgées et mangé des petites bouchées.
- Prenez 3 petits repas et 3 collations sans forcer.
- Pas de boissons gazeuses, sucrées ou alcoolisées.
- La diététicienne viendra vous voir pour vous réexpliquer le régime.
- Levez-vous toutes les 2 heures et marchez dans le couloir.
- Faites des petits exercices de respiration pour éviter les infections pulmonaires.

## Le troisième jour - Le retour à la maison

- Vous pourrez en principe sortir de l'hôpital.
- Si vous êtes diabétique, un séjour en endocrinologie peut être nécessaire

Il vous a été donné toutes les ordonnances nécessaires au bon retour à la maison.

Le traitement de sortie comporte :

- Des antalgiques pour la douleur (Paracétamol, Topalgic).
- Un traitement contre l'acidité de l'estomac pendant 6 mois (Pantoprazole).
- Un traitement pour prévenir la formation de calculs vésiculaire pendant 6 mois (Cholurso).
- Des injections pour prévenir la phlébite pendant 15 jours (Lovenox).
- Des compléments alimentaires pendant 1 mois qui apporteront les protéines nécessaires à votre alimentation.
- **Vitamines si Bypass** pour 6 mois (**à renouveler À VIE**).

L'arrêt de travail est de 3 semaines en moyenne.

La reprise des activités :

- La durée de convalescence varie d'un patient à l'autre.
- Il faut essayer de marcher tous les jours.
- Le premier mois il faudra éviter toute activité qui demande de forcer, donc ne pas porter de charges lourdes.
- Vous pourrez 15 jours après l'intervention reprendre la marche rapide ou le vélo.

**L'activité physique est importante pour harmoniser et maintenir votre perte de poids. Elle est PRIMORDIALE.**

Consignes post-opératoires :

- Les cicatrices sont à laisser à l'air, les Stéril Strip tomberont avec les douches successives. Il faut les nettoyer avec du savon doux PH neutre jusqu'à cicatrisation complète
- Pas de bain, piscine... pendant le mois suivant l'intervention.
- Masser les cicatrices une fois qu'il n'y a plus de croûtes avec une crème grasse (Cicoplast, Biafine, Aseline, BiOil...) pendant 10 minutes 2 fois par jour.
- **Il faut porter au maximum les bas de contention** pendant le mois suivant l'intervention **ET MARCHER TOUS** les jours.
- Pas de reprise de sport intensif avant la consultation post-opératoire.
- Bien suivre les conseils diététiques.
- Ne pas boire de boissons gazeuses au moins pendant 6 mois après l'intervention.
- **Les anti-inflammatoires sont toxiques** pour l'estomac est sont donc à EVITER au maximum. Si vous êtes dans l'obligation d'en prendre il faut TOUJOURS les associer à la prise de protecteurs gastriques à dose curative (PANTOPRAZOLE 40mg 2 fois par jour) pendant TOUTE la durée du traitement anti-inflammatoire.



**Quelques noms d'anti-inflammatoires :**

- Nurofen, Ibuprofen, Advil
- Profenid, Biprofenid
- Cebutid, Celestene, Cortancyl
- Nifluril, Nureflex, Surgam, Vomtarene, Ketoprofene
- Aspirine
- Solupred, Prednisone, Prednisolone, Méthylprednisone, Solumédrol

**Signes d'alerte devant faire rappeler le service ou secrétariat pour une consultation en URGENCE :**

- Fièvre
- Douleur abdominale non soulagée
- Gêne respiratoire, essoufflement récent
- Palpitations
- Douleur dans le dos, épaules, mollet
- Malaise
- Impossibilité de manger, vomissements répétés, hoquet qui persiste, diarrhée intense

**LE SUIVI DIÉTÉTIQUE LE PREMIER MOIS**

Il est nécessaire d'avoir un suivi diététique scrupuleux.  
Le repas doit se faire minimum sur 30 minutes.

La diététicienne vous verra en consultation 15 jours après votre chirurgie.

- **Les 5 premiers jours :** Alimentation semi-liquide.
- **Du 5<sup>ème</sup> au 15<sup>ème</sup> jour :** Alimentation mixée texture lisse, hachée. Alimentation fractionnée en 6 prises par jour.
- **Du 15<sup>ème</sup> jour à 1 mois :** Alimentation hachée, texture molle, introduction progressive de petits morceaux.



## **LE SUIVI PLURIDISCIPLINAIRE**

Il se fait à long terme et est effectué par plusieurs professionnels de santé.

- **À 15 jours après la chirurgie** : consultation diététique.
- **À 1 mois** : consultation chirurgie pour voir s'il existe des complications liées à la chirurgie et autoriser la reprise d'activités plus intenses.  
+ nouvelle consultation diététique.
- **Du 2<sup>ème</sup> au 6<sup>ème</sup> mois** : une consultation diététique par mois.
- **Au 6<sup>ème</sup> mois** : hospitalisation en hôpital de JOUR d'endocrinologie avec consultation de chirurgie, diététique, psychologique
- **Au 9<sup>ème</sup> mois** : consultation diététique.
- **À 1 an** : hospitalisation en hôpital de JOUR d'endocrinologie avec consultation de chirurgie.
- **À 18 mois** : consultation de chirurgie.
- **À 2 ans** : hospitalisation et hôpital de jour d'endocrinologie et consultation de chirurgie.

**Puis une fois par an en hôpital de jour avec consultation de chirurgie jusqu'à 5 ans en post-opératoire.**

**Au-delà un relais avec votre médecin traitant sera réalisé À VIE pour la recherche de carences et de complications à long terme.**

## **LES QUESTIONS / RÉPONSES**



### **En combien de temps vais-je perdre du poids ?**

La perte de poids se fait essentiellement sur la première année et se stabilise autour de 12/18 mois.

Des personnes peuvent maigrir plus vite que d'autres.

Plusieurs facteurs entrent en jeu : le poids initial, le sexe, le métabolisme, le fractionnement alimentaire, la masse musculaire, l'activité physique, l'intervention réalisée, votre engagement à suivre les règles hygiéno-diététiques.

Une fois le poids stabilisé il faut absolument maintenir l'hygiène de vie que vous avez mise en place. La chirurgie n'est **PAS MAGIQUE**.

### **Quand est-ce que l'on considère qu'une chirurgie a échoué ?**

En général, une perte de poids inférieure à 50 % de ce que vous avez en trop est considérée comme un échec.

Il faut malgré tout relativiser en fonction du poids de départ, de la chirurgie réalisée. Le plus important est l'amélioration des maladies liées à l'obésité (hypertension artérielle, apnées du sommeil, diabète) et pas le poids en soi. Il est nécessaire d'analyser les causes potentielles de « l'échec » avec l'équipe de diététiciens et chirurgicale.

### **Puis-je être réopérée si j'ai déjà eu une chirurgie pour l'obésité ?**

En principe oui, mais ces réinterventions sont toujours complexes et nécessitent une réévaluation pluridisciplinaire complète pour analyser la nécessité ou non d'une réintervention.

### **Est-il possible d'envisager une grossesse après la chirurgie ?**

Oui, l'idéal est d'attendre la stabilisation du poids soit en général 18 mois car des carences nutritionnelles peuvent s'aggraver pendant cette période d'amaigrissement avec un risque pour le bébé et des malformations.

Il est donc important durant les 18 premiers mois d'avoir une contraception efficace. Il est important de vous faire suivre pendant la grossesse et celle-ci doit être préparée avec l'équipe pour éviter toute carence.

### **La chirurgie reconstructrice, quand ?**

Une perte de poids importante peut s'accompagner de problèmes esthétiques liés à un « excès » de peau au niveau du ventre, bras, cuisses, seins.

Elle ne pourra être envisagée que quand le poids sera stabilisé avec un bon équilibre nutritionnel pour que la cicatrisation se passe au mieux et majoritairement quand l'IMC est inférieur à 30.

La prise en charge par la sécurité sociale n'est pas systématique et est soumise à une demande d'entente préalable.

**POUR CONTACTER LE SERVICE : 02 32 73 32 45**

## Notez ici vos dates de RDV



**RDV diététicienne avec Mme Chicherie :**

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

**RDV Chirurgie avec Dr VOITELLIER/ Dr KHAOUDY :**

- 1-
- 2-
- 3-

**Hospitalisation en hôpital de Semaine Endocrinologie**  
Du ..... au.....

**RDV avec la Psychologue Mme Chiguer**

- 1-
- 2-
- 3-

**Dates des ETP (Education Thérapeutique Patient)**

- 1-
- 2-
- 3-

