



LIVRET D'INFORMATION POUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

NOM :

Prénom :

Date de Prise en Charge :

SOMMAIRE

INTRODUCTION

page 2

- L'obésité est une maladie chronique
- L'obésité, une maladie aux multiples conséquences
- Le diagnostic d'obésité
- Quelle prise en charge ?

LA PREPARATION A LA CHIRURGIE

page 6

- La préparation
- Une aide pour manger mieux et bouger plus !
- La décision
- Recommandations avant l'intervention

LA CHIRURGIE

page 9

Comment ça marche ?

- L'intervention et l'hospitalisation
- Les différentes interventions
- Consignes préopératoires
- L'hospitalisation
- Surveillance post-opératoire

INTRODUCTION

L'obésité est une maladie chronique.

Elle correspond à un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences pour la santé et réduit l'espérance de vie.

Ses causes sont complexes : au-delà de la nutrition et de la génétique, de nombreux facteurs environnementaux semblent impliqués dans le développement et l'installation de cette maladie chronique.

Elle résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques.

Ce déséquilibre aboutit à une augmentation des réserves stockées dans le tissu graisseux qui entraîne elle-même de nombreuses complications.

Comme toutes les maladies chroniques, l'obésité devient en effet irréversible lorsqu'elle est installée.

L'obésité, une maladie aux multiples conséquences

L'obésité entraîne des troubles de santé dont les principaux sont le diabète de type 2 (dans 80 % des cas, la maladie est associée à une obésité), l'hypertension artérielle, l'excès de lipides dans le sang (dyslipidémie), les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires telles que l'arthrose.

L'obésité est en outre associée à un risque accru de certains cancers, en particulier de cancer du foie, du pancréas, du côlon, du sein et de l'endomètre (utérus).

Elle est également responsable d'un retentissement psychologique et social qui conduit de nombreux patients à venir consulter.

L'obésité est une source d'inégalité sociale et de santé.

De nombreux travaux sont en cours pour essayer de comprendre les déterminants sociétaux (économiques, comportementaux, sociaux) de cette maladie de la transition économique qui touche plus particulièrement les personnes en situations de vulnérabilité.

Le diagnostic d'obésité

Le diagnostic de l'obésité repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), L'IMC correspond au poids (en kg) divisé par le carré de la taille (en mètres).

Selon la classification de l'OMS, on parle de surpoids lorsque l'IMC est supérieur à 25 et d'obésité lorsqu'il dépasse 30. Chez l'enfant, il faut se référer aux courbes de croissance présentes dans les carnets de santé

IMC (En kg/m ²)	Classification OMS
Moins de 16,5	Dénutrition
Entre 16,5 et 18,5	Maigreur
Entre 18,5 et 25	Poids « Normal »
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
A partir de 40	Obésité massive (morbide)

Il faut toutefois rester prudent à la lecture de ce tableau : pour un même IMC, la composition corporelle peut en effet varier d'un individu à l'autre. Ainsi, une femme enceinte ou un sportif de haut niveau auront un IMC élevé sans pour autant présenter d'excès de masse grasse.

Un autre critère est également pris en compte pour estimer si un patient est atteint d'obésité : le tour de taille et de cou.

L'excès de masse grasse localisé autour du ventre et du cou est en effet associé à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires, indépendamment de l'IMC. Lorsque le tour de taille est supérieur à 100 cm chez l'homme et à 88 cm chez la femme (en dehors de la grossesse), on parle d'obésité abdominale ou androïde.

Les causes sont multiples

Les origines de l'obésité sont multiples et l'identification des facteurs impliqués dans son développement et son installation est loin d'être achevée.

Les modifications de l'alimentation et la réduction de l'activité physique jouent un rôle incontestable dans l'émergence récente de l'obésité. L'augmentation de la taille des portions, de la valeur énergétique, la disponibilité de l'alimentation, et l'évolution des prix alimentaires sont des éléments qui favorisent les consommations caloriques excessive.

Les loisirs tels que la télévision ou les jeux vidéo, l'utilisation de la voiture et des transports en commun dans les déplacements du quotidien induisent quant à eux une diminution des dépenses énergétiques.

Mais ces facteurs influençant le bilan d'énergie, et donc le statut nutritionnel, ne suffisent pas pour expliquer l'augmentation de la fréquence de l'obésité, ni "l'inégalité" des individus vis-à-vis de la prise de poids : certaines personnes prennent en effet plus de poids que d'autres, alors qu'elles ont les mêmes modes de vie.

Une prédisposition génétique à la prise de poids peut rendre compte de ces différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. La recherche médicale a identifié de nombreux gènes impliqués dans la prise de poids, l'obésité sévère et/ou les complications de l'obésité.

Le rôle de l'environnement semble largement aussi important.

Le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, la composition de la flore intestinale, l'exposition à des polluants sont vraisemblablement autant de facteurs à incriminer. Des expositions et des événements précoces ont manifestement leur importance, y compris ceux qui surviennent avant la naissance, voire avant la gestation.

L'influence de l'alimentation maternelle sur la survenue de l'obésité a été mise en évidence.

Par ailleurs, les chercheurs s'intéressent au rôle de l'intestin, des hormones sécrétées par le tube digestif, et de la flore intestinale dans les mécanismes conduisant à la prise de poids. Concernant ce dernier point, de récents travaux ont permis de mettre en évidence que la qualité de la flore intestinale (microbiote) peut être associée à une susceptibilité plus ou moins importante de développer des maladies métaboliques liées à l'obésité.

Quelle prise en charge ?

Au-delà d'un certain seuil, lorsque l'obésité est devenue chronique (fixée), il devient impossible de revenir à un poids normal simplement en revenant à une alimentation normale et en développant une activité physique régulière.

Ce retour à un poids normal est pourtant essentiel. Plus un individu est en surpoids jeune, plus le retentissement sur sa santé sera important ; l'obésité est associée à un risque accru de développer des maladies cardiovasculaires, incluant les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ainsi qu'un diabète de type II, qui vont, en moyenne, considérablement réduire l'espérance de vie et les années de vie en bonne santé, en comparaison avec les personnes de poids normal. L'obésité est susceptible de faire perdre jusqu'à huit ans d'espérance de vie et jusqu'à dix-neuf années de vie en bonne santé aux personnes concernées. Toutes les données scientifiques accumulées montrent que le retentissement de l'augmentation de la masse grasse sur la santé dépend non seulement de l'importance de cet excès, mais aussi de sa nature (degré d'inflammation, taille des cellules), de sa distribution (abdominale, autour du foie, du cœur...) et des complications qu'elle entraîne...

Les traitements médicamenteux de l'obésité sont très limités, et ont pour la plupart été interdits en raison de leur dangerosité (anorexigènes ou « coupe-faim », Médiator®..).

La chirurgie de l'obésité est aujourd'hui le seul traitement efficace pour permettre à la personne obèse, de revenir à un poids normal et d'y rester.

Mais cette chirurgie ne permet pas à elle seule de perdre du poids et de le stabiliser dans le temps. Elle n'est efficace qu'à la condition de modifier ses habitudes alimentaires, d'augmenter son activité physique et d'être suivi à vie.

Elle est réservée aux formes les plus sévères : Obésité morbide (IMC \geq 40) ou Obésité Sévère (IMC \geq 35) associée à des comorbidités (affections sévères liées au surpoids).

Attention toute chirurgie comporte des risques.

Les risques et inconvénients de la chirurgie de l'obésité sont nettement inférieurs aux risques de l'obésité à la condition de respecter strictement les indications et les critères de cette de chirurgie.

Même si le risque de mortalité liée à la chirurgie de l'obésité est inférieur à 1%, ce risque ne peut être considéré comme « négligeable ».

Une prise en charge globale et personnalisée des patients atteints d'obésité est nécessaire.

Il n'y a donc pas de traitement standard ou de "recette miracle", mais une nécessité d'adapter la stratégie thérapeutique à la situation individuelle de chaque personne atteinte d'obésité.

Les progrès récents réalisés dans la prise en charge de l'obésité tiennent à une approche plus globale, prenant en compte les dimensions comportementales mais aussi environnementales.

C'est pour toute ces raisons, qu'une chirurgie de l'obésité ne peut être envisagée qu'à la condition d'une prise en charge médicale en équipe pluri disciplinaire bariatrique faite de praticiens spécialisés dans la lutte contre l'obésité, comprenant un endocrinologue nutritionniste, un(e) diététicien(ne), un psychiatre et/ou un psychologue, un gastro-entérologue, un kinésithérapeute, un anesthésiste et ...le chirurgien.

Cette prise en charge dure au minimum 6 mois.

La prévention et le traitement des complications est au centre de cette prise en charge.

Le but est :

- De perdre du poids de façon durable
- De réduire les affections et les complications liées à l'obésité
- D'améliorer la qualité de vie.

LA PRÉPARATION A LA CHIRURGIE

(Source : manuel d'information HAS 2009)

La préparation

Cette phase de préparation est indispensable et nécessite un véritable engagement de votre part. Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels, membres d'une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, médecin nutritionniste, diététicien, psychiatre ou psychologue, anesthésiste, spécialiste de la dentition, kinésithérapeute, etc.) qui vont vous informer et vous examiner.

Ils vont également vous prescrire différents examens (prises de sang, endoscopie œsogastroduodénale (fibroscopie), radiographies, évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque, recherche des apnées du sommeil, test de grossesse, évaluation des capacités à l'effort et de la fonction locomotrice, évaluation bucco-dentaire).

Ceux-ci ont pour buts de réaliser :

- Un bilan complet de l'obésité et de votre état de santé afin de traiter, si ce n'est déjà fait, les affections dont vous souffrez (carences nutritionnelles ou vitaminiques, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles cardiaques, syndrome d'apnées du sommeil ou autres troubles respiratoires, troubles articulaires, etc.) ;
- Un bilan psychologique afin de vous proposer, si besoin, une prise en charge psychothérapeutique ;
- Un bilan de votre activité physique et de vos habitudes alimentaires
- Une information sur la grossesse et la contraception pour les femmes en âge d'avoir des enfants.

Durant cette phase de préparation, il est utile de rencontrer des patients déjà opérés.

Une aide pour manger mieux et bouger plus !

Très tôt, avant même l'intervention, vous devez prendre de nouvelles habitudes alimentaires et réfléchir à une activité physique adaptée à votre état de santé, à vos goûts et à vos possibilités. Les professionnels de santé (médecins, diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes) sont là pour vous aider et vous proposer différentes activités éducatives, individuelles ou collectives : ateliers de cuisine, repas pris en commun, programmes d'activité physique...

La décision

À l'issue de la phase préparatoire, l'équipe multidisciplinaire rend un avis qui peut être de 3 ordres :

1. L'intervention est envisageable. L'équipe vous donne alors plus d'informations sur la technique opératoire choisie.
Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous est proposée et une demande d'entente préalable est adressée à votre caisse d'assurance maladie (en savoir plus : www.ameli.fr).
2. Votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante. Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. Il vous est fixé un objectif (contrat de poids, prise en charge psychologique) À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.
3. La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas. L'équipe pluridisciplinaire vous en explique les raisons et vous propose une autre prise en charge (non chirurgicale).

Recommandations avant l'intervention

Les interventions de chirurgie bariatrique sont bien maîtrisées par les équipes de chirurgiens dans les centres spécialisés, cependant ces opérations restent des gestes techniques et relativement lourds.

Il est très important de bien préparer son organisme à l'intervention, le poids étant un facteur majeur de complication. Pour cela, vous devez suivre scrupuleusement les consignes pré opératoires spécifiques que vous donne votre chirurgien pour vos traitements ou le tabac par exemple.

Sur le plan nutritionnel, il est nécessaire d'avoir une attitude adaptée à la chirurgie en observant les points suivants :

- Ne pas prendre de poids : La prise de poids complique le travail de votre chirurgien et augmente la prise de risques lors de l'intervention. Dans certains cas, une prise de poids dans les mois qui précèdent le geste chirurgical peut occasionner une contre-indication médicale à l'opération
- Garder un bon état nutritionnel : Une alimentation non adaptée augmente considérablement le risque de complications après l'intervention. De même, il est fortement déconseillé de faire des régimes stricts ou des pertes de poids sans suivis médical et nutritionnel avant l'opération.

Adopter une alimentation équilibrée ne signifie pas s'abstenir de manger, mais avoir une alimentation adaptée et variée :

- Ne pas sauter de repas pour éviter le grignotage de compensation.
- Jouer sur la variété afin d'associer plaisir et santé.
- Apprendre à évaluer les quantités prescrites en les pesant dans un premier temps.
- Saler modérément les aliments.
- Pratiquer une activité physique régulière, si possible ½ heure à 1 heure de marche/jour en fonction de ses capacités physiques.
- Ne pas se peser tous les jours, mais une fois par semaine, sur la même balance.
- Se souvenir que l'effet d'un régime marathon type « perte de 10 kg en deux semaines » peut avoir des effets délétères.

LA CHIRURGIE

Comment ça marche ?

La chirurgie de l'obésité (ou chirurgie « bariatrique ») modifie l'anatomie du système digestif. C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommée (principe de restriction) et/ou l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de « malabsorption »).

Il existe deux grands types de techniques chirurgicales :

- Les techniques dites restrictives pures, qui réduisent la taille de l'estomac :
 - Anneau gastrique ajustable
 - Gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou Sleeve gastrectomy).
- Les techniques mixtes dites restrictives et « malabsorptives », qui réduisent la taille de l'estomac (restriction) et diminuent l'assimilation de ces aliments par l'organisme (malabsorption), celle-ci ne se faisant plus que dans une partie de l'intestin grêle.
 - Bypass gastrique (ou court-circuit gastrique).
 - Dérivation biliopancréatique.

Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients. L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention la plus appropriée à votre situation, en fonction de vos besoins, de votre mode alimentaire et des pathologies associées.

L'intervention et l'hospitalisation

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, la plupart du temps par coelioscopie. Cette technique est recommandée car elle limite la douleur, réduit les cicatrices et permet de retrouver une activité normale plus rapidement. Dans certains cas, au cours de l'intervention, pour des raisons de sécurité, il est parfois nécessaire d'ouvrir l'abdomen (laparotomie).

La durée de l'hospitalisation :

Elle s'est réduite au cours des années et est d'environ 1 à 3 jours en fonction du type d'intervention, de l'état général de la personne et des conditions de retour au domicile (distance, confort, présences au domicile..). Elle peut être prolongée si des complications surviennent après l'intervention. Dans ce cas, votre chirurgien peut décider de vous réopérer en urgence.

Après votre sortie, vous pouvez être pris en charge par un service de soins à domicile.

Il faut prévoir au minimum 2 semaines d'arrêt de travail après la sortie de l'hôpital.

Vous devez éviter les efforts pendant une durée de 1 mois au minimum.

Comme toute intervention sur l'abdomen, les suites opératoires peuvent être douloureuses ; des médicaments contre la douleur vous seront prescrits.

L'alimentation après l'intervention :

Après l'intervention, vous mangez des aliments dont la consistance est modifiée : d'abord liquide puis sous forme de purée. Progressivement, vous retrouvez une alimentation solide. Pour ne pas avoir de mauvaises surprises (vomissements, douleurs, complications...), il est très important de suivre les conseils diététiques.

De nouvelles habitudes alimentaires :

- Ingérez de petites quantités à chaque repas et mastiquez lentement
- Prenez vos repas assis et dans le calme
- Arrêtez-vous de manger dès les premiers tiraillements digestifs et dès que vous n'avez plus la sensation de faim (satiété)
- Ne buvez pas en mangeant (mais suffisamment entre les repas)
- Mangez équilibré et varié pour éviter les carences nutritionnelles et augmenter les chances de perdre du poids
- Conservez un apport suffisant en protéines (viandes, poissons, œufs, produits laitiers)
- Évitez les boissons gazeuses, les boissons sucrées, les sauces et les fritures, ainsi que les sucreries et les aliments gras : leur consommation risque de compromettre la perte de poids.

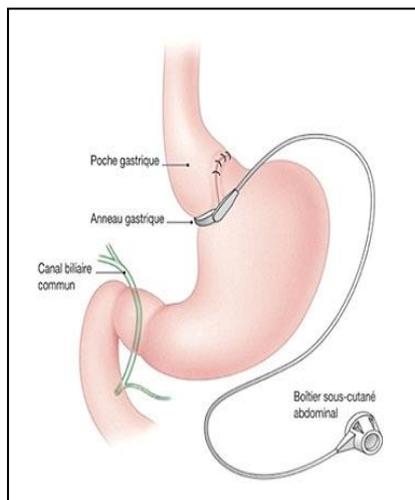
Ces nouvelles habitudes alimentaires seront adaptées à votre cas au fil du temps. Elles sont parfois contraignantes mais elles n'empêchent pas d'avoir une vie sociale (repas entre amis, au restaurant) et du plaisir à manger.

Les différentes interventions

Les interventions les plus couramment pratiquées en France sont l'Anneau, la Sleeve et le Bypass.

Le type d'intervention pratiqué s'est modifié ces dernières années : la sleeve gastrectomie est devenue l'intervention de chirurgie bariatrique la plus pratiquée en France depuis 2011, atteignant plus de 60 % des interventions ; le Bypass représente quant à lui environ 30 % des interventions, et l'anneau gastrique n'en représente plus que moins de 10 %

L'anneau gastrique



C'est une technique restrictive.

L'anneau est placé autour de la partie supérieure de l'estomac. Il « l'étrangle », délimite ainsi une petite poche et permet de diminuer le volume de l'estomac et ralentir le passage des aliments. La sensation de satiété apparaît ainsi rapidement. Des réglages réguliers de l'anneau sont nécessaires.

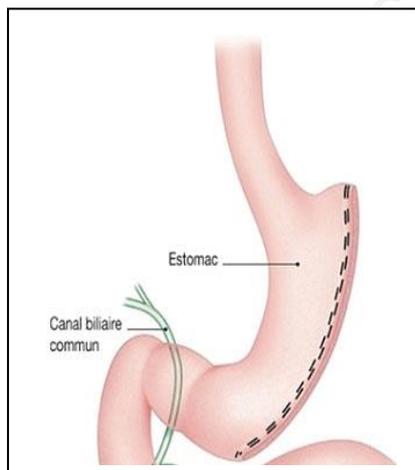
Durée d'intervention : 30 à 40 minutes.

Complications (4%) : perforation/péritonite ; glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau (slippage), vomissements, blocages alimentaires...

Mortalité : 0,01%

A titre personnel, je ne réalise plus cette intervention depuis plus de 5 ans

La Sleeve gastrectomy ou gastrectomie en manchon :



C'est une technique restrictive.

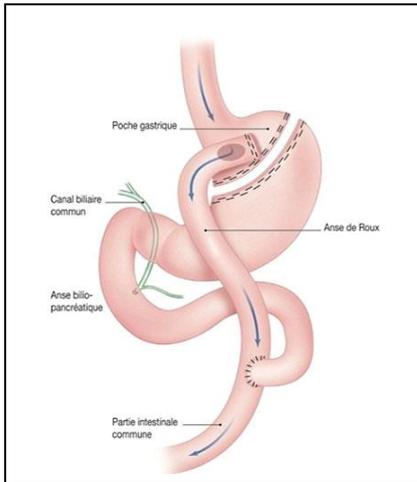
Elle consiste à enlever les 2/3 de l'estomac et, notamment la partie qui fabrique l'hormone qui stimule la faim (la grehline). Elle réduit les quantités, diminue la faim, mais ne perturbe pas la digestion des aliments.

Durée d'intervention : 40 à 60 minutes.

Complications (4%) : Hémorragie 2% ; Fistules 0 à 7 % (en moyenne 3%) : leur traitement est long ; la guérison peut demander plusieurs mois. Elles sont graves et peuvent être mortelles lorsqu'elles sont la cause d'une péritonite

Mortalité : 0,10 %

Le Bypass ou court-circuit gastrique :



C'est une technique restrictive et malabsorptive

Elle réduit l'estomac à une petite poche qui est raccordée à l'intestin en créant deux circuits : un circuit pour les aliments de 1,50m et un circuit pour les liquides digestifs de 0,60m. La digestion et l'absorption ne commence qu'après la réunion des deux circuits

Durée d'intervention : 90 à 180 minutes.

Complications (4%) : Hémorragie 2% ; Fistules : 2 à 3% causes d'abcès et de péritonite ; occlusion intestinale ; carences vitaminiques.

Mortalité : 0,11 %

Attention :

Toute intervention comporte des risques et des inconvénients, parfois graves et la mortalité n'est pas nulle ; mais ces risques et ces inconvénients sont bien inférieurs aux risques et aux inconvénients de l'obésité elle-même. C'est la raison pour laquelle les indications de la chirurgie de l'obésité sont très strictes et la préparation à la chirurgie est longue et minutieuse.

Consignes préopératoires

- Avant l'hospitalisation :
 - Régime pré opératoire, " semaine blanche ", à débiter 7 jours avant le jour de l'hospitalisation, consistant à suivre à la lettre toutes les recommandations qui vous ont été faites durant toute votre préparation (cf chapitre suivant)
 - Avoir effectué votre Pré admission
 - Se procurer les bas de contention
 - Se procurer l'antiseptique pour la Douche pré opératoire

- La veille de l'intervention :
 - Dépilation de la zone opératoire (tout l'abdomen), Pas de rasage.
 - Oter les bijoux, piercings...
 - Douche Antiseptique à la Bétadine
 - A jeun : à partir de minuit (ne pas manger, ne pas fumer) ; boissons (eau, café, thé) autorisées jusqu'à deux heures avant l'intervention.

- Le jour de l'intervention :
 - Douche Bétadine au réveil et s'habiller avec des vêtements « propres »
 - Prendre votre dossier médical
 - Prendre les bas de contention
 - Laisser les objets de valeur à domicile
 - Admission dans le Service de Chirurgie
 - L'HEURE EXACTE d'entrée vous sera communiquée au préalable.

Régime préopératoire de Chirurgie de l'Obésité

7 Jours avant l'intervention, vous devez mettre votre appareil digestif au « repos » et vous conformer à une prescription diététique.

Le régime préopératoire fait entrer dans sa composition, un pourcentage de protides supérieur à la normale.

Il faut d'alterner la consommation de viande blanche, poisson, légumes cuits sans assaisonnement, de fromage blanc à 0 % ou de yaourts nature.

Vos deux repas principaux seront constitués de légumes cuits (vapeur, four, etc....) entiers ou sous forme de purée ou de potage accompagnés de poisson, viande blanche (blanc de poulet, dinde), deux yaourts nature ou fromage blanc. Tous les légumes sont autorisés, sauf la pomme de terre (tubercule, féculent) qui est à proscrire.

Répartition alimentaire :

- Petit déjeuner = Un liquide chaud (café, thé, infusion), 300 g de fromage blanc ou 2 yaourts nature.
- Déjeuner et dîner : Potage, légumes cuits, viande blanche (150 g) ou poisson (200 g), 2 yaourts nature ou 300 g de fromage blanc.
- Boissons autorisées = eau du robinet ou eau minérale non gazeuse (1,5L / 24h)
-

L'hospitalisation

- **Le premier jour d'hospitalisation**
 - Entrée le jour de l'intervention (H-1)
 - Accueil Infirmier +/- diététicien(ne) ; pesée.
 - Transfert au Bloc opératoire accompagné par le brancardier ou l'infirmier
 - Relais brancardier/ Infirmier (e) de salle
 - Prise en charge au Bloc Opératoire
 - Interrogatoire Infirmier
 - Transfert en salle d'opération
 - Intervention (H0)
 - Passage en salle de réveil (H+2)
 - Transfert dans le Service de Chirurgie (H +4) accompagné par le brancardier

- Retour dans le Service de chirurgie
 - H+4 Boisson : Eau ½ tasse à café au lit du patient
 - H+5 Premier repas (bouillon, compote)
 - H+6 Premier lever avec l'aide d'un(e) Infirmier(e) ou d'un(e) Aide-soignant(e)
 - Prise en charge diététique (conseils, menus types...)
 - Kinésithérapie 10 minutes
 - Visite du chirurgien
 - Arrêt des perfusions le soir en l'absence de nausées et de vomissements.

- Sortie le jour même (H +10) si prise en charge Ambulatoire, sinon le lendemain.
 - Pesée
 - Remise des ordonnances, compte-rendu, rendez-vous post-opératoires

- Accompagnement postopératoire par un service de soins à domicile
 - Soins infirmiers à domicile
 - Prise en charge de la douleur et des nausées
 - Information du chirurgien

- Appel du lendemain de la sortie par l'infirmière du service de chirurgie et/ou du chirurgien.

Surveillance post-opératoire

Dès les premières semaines :

Chez la plupart des patients :

- Le poids diminue : la perte est rapide les premiers mois puis elle ralentit. Généralement, elle est maximale au bout de 12 à 18 mois. Au-delà, une reprise de poids modérée est possible
- Les affections associées à l'obésité régressent (ex. : diabète, hypertension, apnées du sommeil...)

Se faire opérer, c'est s'engager !

Vous devez maintenant, et pour toute la vie :

- Conserver vos nouvelles habitudes alimentaires et pratiquer une activité physique régulière et adaptée à votre cas
- Être suivi(e) régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire qui vous a pris en charge, en liaison avec votre médecin traitant : au moins 4 consultations la première année avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire puis au moins une consultation par an à vie.

Ces rendez-vous ont 7 objectifs principaux :

- Évaluer votre perte de poids
- Vérifier que vous êtes en bonne santé, repérer et prendre en charge les éventuelles complications chirurgicales et carences nutritionnelles qui peuvent survenir très tôt après l'intervention ou plus tardivement
- Adapter, si besoin, les traitements que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après intervention mal-absorptive alors que d'autres ne seront peut-être plus nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu
- Vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activité physique, et vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes

- Dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps et vous proposer, si besoin, un suivi adapté
- La perte de poids modifie le corps et son apparence : cela peut entraîner un bouleversement psychologique plus ou moins facile à gérer. Une période d'adaptation au changement est normale et nécessaire pour vous-même et votre entourage. Si vous le souhaitez ou si votre médecin l'estime indispensable, vous pouvez être aidé(e) par un psychologue ou un psychiatre
- Proposer, si nécessaire, une intervention de chirurgie réparatrice pour supprimer l'excès de peau qui persiste à certains endroits après avoir maigri (seins, ventre, bras et cuisses)
- Prendre dans la plupart des cas des suppléments en vitamines, en minéraux et en oligoéléments (par voie orale ou parfois, par injection).

Ne pas prendre ces suppléments peut provoquer des carences nutritionnelles et des complications neurologiques graves.

Il est conseillé de réaliser régulièrement un bilan biologique nutritionnel et vitaminique.

N'oubliez pas de signaler à tous les médecins que vous serez amené(e) à rencontrer que vous avez bénéficié d'une intervention chirurgicale de l'obésité.

IMPORTANT

Ce livret vous est remis afin de mieux préparer votre opération de chirurgie bariatrique, et vous aidera à suivre de près votre évolution sur le plan nutritionnel.

Il devra être ramené à chaque consultation afin de faire le point avec les praticiens de l'équipe bariatrique et lors de votre hospitalisation

Docteur MA Quilichini