

Suivi après une intervention bariatrique



azdelta

Uw ziekenhuis.

Contenu

1. Avant l'opération	4
2. Jour de l'opération	5
3. Lendemain de l'opération	6
4. Retour à domicile	7
5. Suivi après l'opération	10
9. Suivi général et conseils	17
10. Suivi annuel	21
11. En savoir plus ?	21
Prescription infirmière	23
Prescription kinésithérapeutique	25
Demande de remboursement pour le pré-régime	27

© AZ Delta

Cette publication ne peut être copiée en tout ou en partie, ni rendue publique, de quelque manière que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Chère patiente, cher patient,

Votre bien-être et le résultat réussi d'une intervention bariatrique à court et à long terme sont liés à un bon suivi. Votre motivation, votre coopération et un lien de confiance jouent un rôle important dans ce contexte.

Il s'agit d'un nouveau départ ! Vous vous réjouissez peut-être déjà à l'idée d'un corps plus en forme. Vous pouvez ressentir une légère incertitude au début, mais nous nous ferons un plaisir de vous aider, par des paroles et des actes.

Les brochures « **Conseils nutritionnels en cas de chirurgie bariatrique** » et « **Apport en protéines après chirurgie bariatrique** » contiennent de plus amples informations sur la composition des repas et les habitudes alimentaires saines. Elles sont disponibles auprès de notre service Diététique (coordonnées : voir rabat au verso).

Dans cette brochure, nous nous penchons sur le déroulement après une intervention et le suivi général de nos patients. Par ordre chronologique, nous énumérons les points d'attention les plus courants. Nous nous sommes basés à cet effet sur le rapport KCE sur la chirurgie bariatrique, paru en 2019 (Centre fédéral d'expertise des soins de santé).

Un suivi standard est recommandé de manière **multidisciplinaire** : par votre médecin généraliste, chirurgien, diététicien(ne), éventuellement psychologue ainsi que des séances d'exercice physique.

Si vous souhaitez des explications supplémentaires, nous nous tenons à votre disposition.

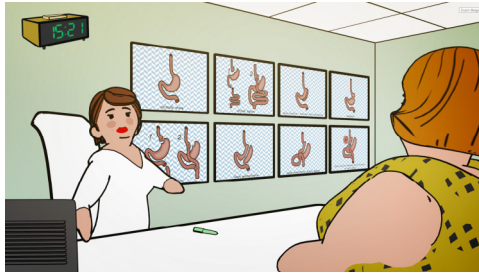
Nous vous souhaitons bonne chance !

L'équipe Obésité AZ Delta

1

Avant l'opération

Dix jours avant l'opération, vous devez suivre un régime alimentaire adapté: le foie doit dégonfler de manière optimale via un régime riche en protéines. Les diététiciens vous fournissent toutes les informations sur la durée et le type de régime. Si vous optez pour un régime cétogène et riche en protéines prêt à l'emploi (cf. formulaire de commande du médecin), vous avez droit à une intervention auprès de certaines d'assurances hospitalisation. Renseignez-vous auprès de votre chirurgien (attestation à la fin de cette brochure).



Les collaborateurs du secrétariat vous aident pour les tâches administratives à régler : le questionnaire préopératoire dans le carnet du patient, un rendez-vous avec le service de préparation des hospitalisations, éventuellement un contrôle préalable chez le médecin généraliste ou spécialiste (questionnaire à remplir, vidéo du cœur, prise de sang) et la réservation de chambre. Demandez à votre médecin généraliste d'adapter votre médication avant l'opération si nécessaire.

L'heure d'admission vous sera communiquée par téléphone la veille de l'intervention.

Vous ne pourrez plus rien manger dès minuit. Au maximum 1 verre d'une boisson claire (eau plate, jus de pomme clair, café ou thé avec sucre mais sans lait) est autorisé jusqu'à deux heures avant l'opération. Prenez vos médicaments du matin après concertation avec votre médecin généraliste ou spécialiste.

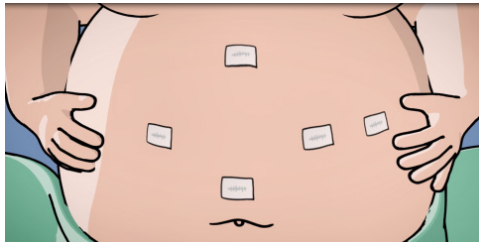
2

Jour de l'opération

Vous êtes hospitalisé(e) à l'heure convenue. Vous pouvez vous présenter à l'entrée principale, au guichet, avec votre carte d'identité. Si nécessaire, apportez votre carte d'assurance hospitalisation (en fonction de l'assureur soins). Si vous êtes un patient atteint du SAOS (syndrome de l'apnée du sommeil), apportez votre appareil PPC à l'hôpital.

Votre chambre vous est attribuée dans le service. Rangez les objets de valeur dans le coffre (ou laissez-les chez vous). Le/la diététicien(ne) passe et fournit des explications sur l'alimentation après une intervention bariatrique avec le schéma de progression. Par ailleurs, vous recevez la tenue de bloc opératoire et l'on élimine l'éventuelle pilosité corporelle (entre les mamelons et le nombril). Urinez juste avant le départ pour la salle d'opération.

Une perfusion vous est administrée dans l'espace de préparation et des antibiotiques vous sont également administrés. Nous vous emmenons ensuite à la salle d'opération. L'anesthésiste vous y accueille et vous pose quelques questions. N'oubliez pas de préciser si vous avez d'éventuelles allergies et si vous avez eu des nausées lors d'anesthésies précédentes. La durée de l'intervention est d'environ 45 à 60 minutes. Vous vous réveillez dans la salle de réveil. Si nécessaire, nous allumons votre appareil PPC pour régler vos besoins en oxygène.



Une fois bien réveillé(e), vous pouvez aller dans la chambre. Vous pouvez commencer assez rapidement à boire un peu d'**eau** et nous vous demandons aussi de **sortir du lit** dans le courant de la journée, par exemple pour aller aux toilettes (avec l'aide d'une infirmière).

Cela favorise le taux d'oxygène dans le sang, la circulation sanguine dans les membres inférieurs et empêche la rigidité musculaire. Prévenez-nous si l'analgésie est insuffisante.

QFP : Quel est le risque de décès en raison d'une intervention bariatrique ?

Les risques opératoires à court terme de la chirurgie bariatrique sont comparables à ceux d'autres opérations planifiées souvent pratiquées telles que l'ablation de la vésicule biliaire et de l'utérus et sont inférieurs à ceux de la chirurgie de prothèse du genou ou de la hanche ou encore de la chirurgie du colon.

Ces conclusions proviennent d'études contrôlées randomisées et d'études observationnelles.

À plus long terme, nous constatons dans des études observationnelles que la chirurgie bariatrique prolongera une vie saine : le risque relatif de décès prématuré en raison de maladies causées par l'obésité diminue d'environ 30 à 45 %.

Source : rapport KCE 2019

3

Lendemain de l'opération

Vous pouvez prendre un petit-déjeuner, une collation et un déjeuner léger. Ne forcez pas les choses, mais si êtes capable de manger facilement, vous pourrez peut-être **rentrer chez vous** le jour même. Certains patients doivent rester plus longtemps à l'hôpital : renseignez-vous au préalable auprès de votre chirurgien.

Votre chirurgien responsable passe en chambre et vous donne encore quelques conseils supplémentaires avant la sortie de l'hôpital. Vous recevrez un rendez-vous de contrôle chez le chirurgien et le/la diététicien(ne).

4

Retour à domicile

Vous vous rendez dans votre pharmacie avec votre carte d'identité pour retirer vos **médicaments**. En général, nous prescrivons des antalgiques (Paracétamol Odis ou forme de granulés, max. 4 x par jour 1 g), des protecteurs gastriques (Oméprazole ou Pantoprazole 40 mg par jour pendant 3 mois ou à vie chez les fumeurs) et des seringues antithrombotiques (Clexane ou Fraxiparine pendant 10 jours). Vous pouvez les administrer vous-même (bas-ventre ou cuisse) ou faire venir un(e) infirmier/ère à domicile (prescription à la fin de cette brochure). Vous avez le choix.

Les sutures sont résorbables (sous la peau) ou doivent être retirées une dizaine de jours après l'intervention. Votre médecin vous informera à ce sujet. Une douche est autorisée, moyennant des pansements adaptés, mais un bain (ou la baignade) doit attendre que vous obteniez l'autorisation de nager (en moyenne 2 à 3 semaines après l'intervention).

Essayez de **bouger**, tout en évitant de soulever des objets (pas plus de 5 kg). Enfin, les muscles abdominaux doivent guérir. La plaie de gauche est généralement ressentie comme la plus douloureuse.

Le **médecin généraliste** joue un rôle important dans l'adaptation ou la diminution progressive de certains médicaments.



Sur la lettre de sortie (mijn.azdelta.be), les pharmaciens hospitaliers peuvent formuler un avis concernant certains médicaments. Contactez votre médecin généraliste pour en discuter, p. ex. diminution progressive/arrêt des médicaments antidiabétiques, diminution progressive des antihypertenseurs, adaptation de la taille des pilules, éviter les anti-inflammatoires (AINS), éviter la contraception orale (« la pilule ») chez les femmes...

Il peut être difficile de **boire de l'eau** après une intervention gastrique. Buvez quand même suffisamment (1,5 litre par jour) pour prévenir les calculs rénaux, une inflammation de la vessie, la déshydratation et la constipation.

De petits conseils peuvent aider : rafraîchissez l'eau avec des glaçons, buvez avec un bouchon sport ou une paille, ajoutez un arôme (citron vert, menthe) ou optez pour de l'eau Hépar ou Vichy, de la soupe, du thé...

Suivez bien les prescriptions nutritionnelles du/de la diététicien(ne) : vous les retrouverez dans la brochure « **Conseils nutritionnels en cas de chirurgie bariatrique** ». Vous pouvez également les contacter par e-mail ou par téléphone.

La constipation n'est pas courante, mais ennuyeuse. Les conseils suivants peuvent vous aider dans ce contexte :

- L'exercice physique encourage également vos intestins à bouger. Cela déclenche le fonctionnement intestinal.

- Ne sautez pas de repas comme le petit-déjeuner. Cela permet aussi aux intestins de se mettre en mouvement et de travailler. Mangez des produits riches en fibres, des légumes et des fruits mous.
- Si vous ressentez le besoin pressant d'aller aux toilettes, allez-y immédiatement et prenez le temps. En vous retenant et en n'étant pas à l'écoute de votre corps, vous pouvez favoriser la constipation. Essayez de ne pas pousser.
- En concertation avec votre médecin, un laxatif peut être envisagé en cas de symptômes persistants, comme Movicol, Laxido...

En cas de problèmes après l'opération, il est important de nous contacter en cas de fièvre, de vomissements fréquents, de déshydratation, de problèmes pulmonaires, de sang dans les selles, d'infection des plaies... Ou de vous rendre chez votre médecin généraliste pour un suivi correct.

QFP : Quelles sont les complications possibles pendant ou peu après l'intervention ?

Les complications à court terme surviennent dans les 30 jours suivant l'intervention et sont directement ou indirectement liées à l'opération récente. Les complications précoces importantes les plus fréquentes sont une infection, une hémorragie, une fuite/perforation, une obstruction/sténose, une thromboembolie veineuse et un infarctus.

Le risque de telles complications est influencé par l'état général du patient, par exemple le nombre et la gravité des autres affections.

Actuellement, une réadmission dans les 30 jours est nécessaire chez environ 2,5 à 5 % des patients.

Source : rapport KCE 2019

5

Suivi après l'opération

3 à 6 semaines après l'opération

Dans cette phase, la plupart des patients ont bien récupéré. L'exercice physique quotidien doit figurer au programme en accordant suffisamment d'attention à une alimentation et un mode de vie sains.



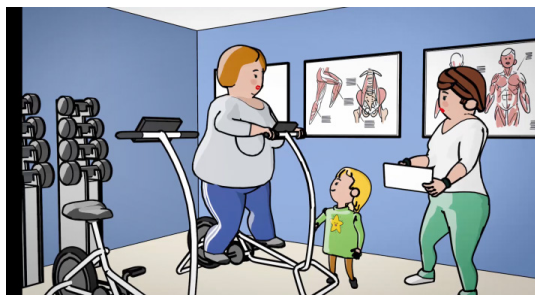
La plupart des patients perdent en moyenne 10 % de leur poids corporel six semaines après l'intervention.

Vous avez à ce stade un rendez-vous de contrôle avec le chirurgien et le/la diététicien(ne) pour suivre l'évolution de la guérison et de l'apport nutritionnel et en liquide. Manger va de mieux en mieux, les volumes augmenteront prudemment. Le/la diététicien(ne) calculera votre apport en protéines nécessaire : c'est important pour ne pas provoquer, ou le moins possible, de dégradation musculaire pendant la phase d'amaigrissement. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans la brochure « **Apport en protéines après chirurgie bariatrique** ».

Pour prévenir la perte de masse musculaire, favoriser la combustion des graisses et prévenir l'excédent de peau, nous

demandons également de commencer une **activité sportive** 4 à 6 semaines après l'intervention. Par exemple, les activités de 45 minutes – 3 x par semaine – rythme cardiaque 120-130 bpm, sont excellentes pour favoriser la combustion des graisses. La marche active, au moins 10 000 pas par jour, est également un bon fil conducteur en termes d'habitudes de vie.

Le succès de l'intervention à long terme est lié à l'activité physique et à la rééducation postopératoire. La kinésithérapie et les séances d'exercice physique sont par conséquent fortement recommandées : le coordinateur Obésité vous dit tout à ce sujet. À l'AZ Delta, nous proposons également un suivi multidisciplinaire par thérapie de groupe : demandez la brochure d'information « **Bilan, programme multidisciplinaire d'obésité** ».



La reprise du travail est liée au type de fonction (travail assis versus travail physique lourd). Normalement, vous recevez trois semaines d'arrêt de travail, mais cela peut varier entre 2 et 6 semaines.

Entre-temps, nous vous demandons d'initier une supplémentation multivitaminée (le matin) et de citrate de calcium (l'après-midi ou le soir), et ce, à vie. N'expérimentez pas cela tout(e) seul(e), mais demandez conseil si vous ne la tolérez pas bien. Des alternatives sont certainement disponibles.

La composition de ces produits spécialisés a été analysée dans le cadre d'études et a été adaptée aux patients après une intervention bariatrique.

QFP : Pourquoi dois-je prendre des vitamines (et faire l'objet d'un suivi par prise de sang) après l'intervention ?

Carences en vitamines et en micronutriments

L'un des problèmes les plus fréquents après une chirurgie bariatrique est la carence en micronutriments (surtout en fer [Fe], en vitamine B12 et en acide folique, et plus rarement en cuivre, en sélénium et/ou en vitamine K). Certains patients présentent déjà ces carences avant l'intervention, par prédisposition, en raison des menstruations, d'habitudes alimentaires unilatérales. Après l'intervention, ce problème survient en moyenne plus souvent après un bypass gastrique qu'après une sleeve gastrique, le bypass gastrique permettant de « court-circuiter » une partie de l'intestin grêle. Une supplémentation multivitaminée fortement dosée peut éviter cet effet indésirable.

Effets sur l'ossature

L'une des conséquences possibles et les plus connues à long terme d'une carence sévère en vitamine D est ses effets sur les os (risque d'ostéopénie, d'ostéoporose). De nombreux Belges y sont confrontés. Le risque d'hypovitaminose D et d'absorption insuffisante de calcium (Ca) est plus élevé après un bypass gastrique, mais ces deux problèmes sont aussi fréquents après une sleeve gastrique (surtout l'hypovitaminose D). Les femmes (post) ménopausées forment surtout un groupe à risque : dans ce cas, un DEXA scan est conseillé chaque année (pendant les deux premières années, puis une fois tous les 2 à 5 ans). La prise de citrate de calcium peut donc avoir un effet protecteur sur la qualité des os et des dents et peut contrer la synthèse de calculs rénaux.

Source : rapport KCE 2019

Trois mois après l'opération

Votre corps change beaucoup et l'entourage commence à remarquer que vous maigrissez. C'est agréable ! La perte de poids après trois mois est en moyenne de 15 à 20 % par rapport au poids le plus élevé. Il ne faut pas aller plus vite, car cela pourrait signifier que trop de masse musculaire disparaît.

Un rendez-vous avec le chirurgien et le/la diététicien(ne) est prévu durant cette période pour analyser la courbe de poids et le bien-être.

Après une chirurgie bariatrique, la plupart des patients se sentent finalement plus énergiques, mais d'autres présentent des symptômes de fatigue, surtout pendant la première période de perte de poids rapide et importante après l'intervention, période caractérisée par un état de « catabolisme ». Par conséquent, les patients doivent respecter les instructions diététiques et bouger suffisamment pour limiter la perte excessive de masse et de force musculaires. Il est également important de prendre les suppléments recommandés de vitamines et de micronutriments, tout comme d'éviter les sucres rapides (risque d'hypoglycémie), ceci pouvant évidemment aussi provoquer de la fatigue.

Vous pouvez diminuer progressivement les protecteurs gastriques à partir de trois mois après l'intervention, si vous ne ressentez plus de douleur et que vous mangez bien. Vous pouvez diminuer progressivement la dose de 40 mg à 20 mg, puis essayer d'arrêter. Certains patients ont besoin d'un protecteur gastrique pendant six mois ou plus : demandez conseil à votre médecin dans ce cas.

Vous prenez sporadiquement du Nurofen, du Brufen... ? C'est très lourd pour l'estomac (mieux vaut donc éviter). Dans ce cas, vous devez également prendre un protecteur gastrique. Si vous fumez, si vous prenez des anticoagulants ou d'autres médicaments lourds pour l'estomac, vous devrez prendre un protecteur gastrique de 20 mg (ou plus si nécessaire) à vie.

Ceci afin de contrer la formation d'ulcères gastriques. Nous privilégions évidemment un sevrage tabagique définitif.

Entre 3 et 6 mois après une intervention, certaines femmes souffrent de perte de cheveux (temporaire). Un booster de kératine/une supplémentation de zinc peuvent éventuellement être ajoutés, par exemple Alline. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Si vous souffrez de diabète, de maladie thyroïdienne ou d'autres affections sous-jacentes, le médecin généraliste (ou l'endocrinologue) peut prévoir un suivi ciblé à cet effet.

Six mois après l'opération

De nombreux patients rayonnent vraiment à présent : la perte de poids est de 20 à 25 %, ils se sentent plus en forme, le régime alimentaire va de mieux en mieux, les maux liés à l'obésité disparaissent...

Rendez-vous chez le médecin généraliste pour adapter éventuellement vos médicaments et pour une **analyse de sang** approfondie une semaine avant le rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien traitant :

- prise de sang de routine
- fer sérique, TIBC, ferritine
- acide folique
- vit. B12 (cobalamine)
- total Ca⁺⁺, PTH, vit. D
- graisses hépatique
- triglycérides à jeun, cholestérol
- glucose à jeun
- total protéines, albumine
- zinc
- tests thyroïdiens et HbA1c en option
- vit. A, vit. B1 (thiamine), sélénium et cuivre en option

Un rendez-vous chez le chirurgien et le/la diététicien(ne) est recommandé durant cette période pour analyser la courbe de poids et le bien-être ainsi que pour discuter des résultats de la

prise de sang. La perte de poids ne dépasse de préférence pas 35 % actuellement : dans ce cas, vous passez de toute façon chez nous.

Avez-vous déjà eu un « dumping » ? Il s'agit d'une sorte d'avertissement, accompagné d'inconfort et de palpitations, que vous pouvez déclencher en mangeant un « mauvais » aliment.

Vous pouvez l'éviter en limitant les sucres rapides (s'abstenir donc). Optez pour des sucres lents : des fruits ou un cracker complet. Manger lentement, bien mâcher, ne pas boire avec le repas, consommer suffisamment de sels/protéines... Autant de conseils qui peuvent prévenir ces problèmes.

Certains patients sont confrontés dès le plus jeune âge à des comportements alimentaires problématiques, voire des troubles alimentaires. Citons par exemple le grignotage continu, l'alimentation riche en calories et les frénésies alimentaires. Un suivi auprès d'un(e) diététicien(ne) spécialisé(e) (et éventuellement d'un psychologue) est certainement utile si vous avez besoin d'aide pour ne pas tomber dans les mêmes pièges qu'auparavant, p. ex. privilégier les « mini-portions » au grignotage continu, éviter de manger par stress, mais apprendre à gérer vos émotions négatives... Par ailleurs, l'alimentation ne peut pas non plus devenir une obsession, par exemple éviter l'alimentation, se préoccuper trop des recommandations diététiques. Nous misons donc surtout sur la **normalisation de l'alimentation** : le repas en tant qu'expérience positive, dans un contexte social.

QFP : Qu'est-ce que le dumping ?

Dumping précoce

Le dumping se caractérise par des plaintes comme des douleurs abdominales, des diarrhées, des ballonnements, des nausées et des symptômes tels que des bouffées de chaleur, des palpitations, des sueurs, des vertiges et parfois l'évanouissement. Il est provoqué par une vidange gastrique rapide et l'exposition de l'intestin grêle à des nutriments, en particulier de « sucres rapides ». Le dumping précoce survient dans l'heure qui suit le repas et souvent dans le quart d'heure. En moyenne, 10 à 15 % des patients mentionnent des symptômes de dumping précoce, généralement après un bypass gastrique, mais aussi régulièrement après une sleeve gastrique.

Dumping tardif

Il survient entre une et trois heures après le repas, lorsque l'on consomme des aliments riches en glucides rapides. Les symptômes sont ceux d'une hypoglycémie (ou carence en sucre) : sueurs, palpitations, faim, faiblesse, confusion, tremblements et éventuellement évanouissement. Il est rapporté plus souvent après un bypass gastrique qu'après une sleeve gastrique, mais est moins fréquent que le dumping précoce.

Source : rapport KCE 2019

Par ailleurs, les calculs biliaires (souvent asymptomatiques) sont plus fréquents chez les patients obèses. Dans la première période qui suit une intervention bariatrique, au cours de laquelle une diminution de poids rapide et importante a lieu, le risque de formation de calculs biliaires augmente en outre temporairement. Vers cette période, une **échographie** peut être utile pour exclure la formation de calculs biliaires. Demandez conseil à votre médecin généraliste ou chirurgien.

Douze mois après l'opération

Après 12 mois, vous atteignez en moyenne le **poids finalisé** : entre 25 et 35 % de perte de poids par rapport à votre poids maximal.

Plus vous faites du sport pendant les 6 à 12 premiers mois, plus vous atteignez rapidement cette perte de poids, plus l'excédent de peau est limité (p. ex. bras) et plus cette perte de poids est durable à terme (moins de risques de prise de poids grâce à un bon taux métabolique de base [BMR]).

Rendez-vous chez le médecin généraliste pour adapter éventuellement vos médicaments et pour une **analyse de sang** approfondie une semaine avant le rendez-vous avec votre chirurgien. Un rendez-vous avec le/la diététicien(ne) est également recommandé.

9

Suivi général et conseils

Le **bien-être** doit faire l'objet d'un bon suivi, même après une intervention bariatrique, les maladies et problèmes psychiques étant plus fréquents chez les personnes obèses que dans la population générale. Les personnes obèses ont souvent une faible image d'elles ou une faible confiance en elles. Le psychologue vous donnera toutes les coordonnées avant l'intervention, donc si vous sentez « le sol s'enfoncer sous vos pieds », n'hésitez pas à nous contacter ou à contacter une autre personne de confiance de votre entourage.

QFP : Amaigrissement et sensation de bonheur ?

Les études observationnelles révèlent que de nombreux patients ressentent une amélioration de leur qualité de vie pendant la première à la deuxième année suivant une intervention « réussie » (« honeymoon period »). Leur perte de poids améliore souvent leur bien-être et réduit leurs éventuels sentiments dépressifs. Cet effet mental favorable peut toutefois diminuer par la suite, surtout chez les patients qui étaient déjà confrontés à des problèmes mentaux. Une affection mentale antérieure ou déjà présente avant l'opération peut avoir une incidence négative. Une perte de poids décevante (et/ou des attentes irréalistes) peut à son tour aggraver ou faire réapparaître les problèmes mentaux. L'attention portée à la santé mentale reste donc très importante.

Source : rapport KCE 2019

Certains patients ont la peau très élastique et ne mentionnent pas d'**excédent de peau** un an après l'intervention, mais d'autres rapportent tout de même le développement de plis cutanés excessifs pouvant avoir un impact sur l'image corporelle, ou un ramollissement, des irritations et une infection cutanée. Une chirurgie correctrice cutanée peut alors être nécessaire ou souhaitable. Demandez conseil à votre médecin pour savoir si vous entrez en ligne de compte pour une intervention.

Entre-temps, vous avez parfois consommé de l'**alcool**. C'est autorisé, à certaines occasions, mais prudence : l'alcool est riche en calories (« épaisissant ») et crée une dépendance.

QFP : Dépendance à l'alcool et bypass gastrique

Une étude révèle qu'il existe un risque accru d'abus d'alcool surtout à partir de la deuxième année après un bypass gastrique et pas (ou beaucoup moins) après une sleeve gastrique.

Le risque semble plus élevé chez les patients ayant des antécédents de dépendance avant l'intervention, chez les hommes, les patients plus jeunes, les fumeurs, les personnes consommant régulièrement de l'alcool, des substances, au réseau social limité, etc.

Par ailleurs, la sensibilité à l'alcool augmente aussi après un bypass gastrique. Plus encore chez les femmes que chez les hommes : l'alcool est absorbé plus rapidement et est plus lentement décomposé par l'organisme. Les symptômes d'intoxication alcoolique peuvent également changer après un bypass gastrique. Cela a des implications sur la conduite automobile, les tests d'alcoolémie, l'utilisation de machines ou l'exécution de tâches plus complexes.

C'est pourquoi il est conseillé de dépister préalablement les candidats à une chirurgie bariatrique pour détecter un abus de substances ou des antécédents d'abus de substances et de les informer du risque éventuel accru. Le psychologue vous interroge en détail et en discute avec vous. Soyez honnête : nous ne jugeons pas, mais voulons que les gens soient en meilleure santé à terme, et non plus malades. C'est parfois la raison pour laquelle on opte pour une sleeve gastrique au lieu d'un bypass gastrique.

Source : rapport KCE 2019

Désir d'enfant ?

Les jeunes femmes obèses sont en moyenne moins fertiles que les femmes en général. La perte de poids (après une chirurgie bariatrique) améliore leur profil métabolique et hormonal. Et donc la fertilité augmente.

Un poids plus sain est également positif sur d'autres plans : il réduit le risque de diabète gestationnel, de bébé trop lourd,

d'hypertension artérielle, d'intoxication gestationnelle et d'autres problèmes pendant la grossesse ou l'accouchement.

La grossesse doit être reportée à 12-18(-24) mois après une intervention bariatrique jusqu'à ce que la perte de poids soit stabilisée afin de ne pas provoquer de carences chez le bébé. La « pilule » n'est pas le moyen de contraception privilégié durant cette période : nous recommandons des formes non orales, p. ex. stérilet, anneau vaginal, préservatif. Discutez des options avec votre médecin généraliste ou votre gynécologue. En cas de grossesse et d'allaitement, il est important que ces femmes prennent correctement des suppléments alimentaires (p. ex. Barinutrics prenatal). Une analyse de sang régulière est nécessaire.

En cas d'inconfort lorsque vous mangez, n'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant.

QFP : Qu'est-ce qu'une hernie intestinale ou une hernie interne ?

Comme l'anatomie de la cavité abdominale change, l'intestin grêle peut se coincer dans une ouverture interne créée par l'intervention RYGB. Cela peut provoquer une occlusion intestinale aiguë, ce qui exige un traitement médical d'urgence (généralement chirurgical).

On estime qu'environ 9 à 14 % des patients y sont confrontés.

Source : rapport KCE 2019

MAIS : Depuis quelques années, il existe un consensus international pour fermer cette ouverture dans le péritoine lors d'un bypass gastrique standard, ce qui réduit fortement le risque de hernie intestinale. Cependant, le risque n'est jamais nul, l'amaigrissement pouvant relâcher cette ouverture. Quoi qu'il en soit, notre objectif est de minimiser les complications à long terme.

10 **Suivi annuel**

Votre corps est complètement stabilisé, mais parfois l'angoisse d'une prise de poids est toujours présente. Continuez à manger sainement et varié et essayez de prêter attention à une activité physique suffisante.

Faites-vous suivre 18 mois après l'intervention, puis chaque année : pour le contrôle ou l'adaptation de vos médicaments, la réalisation d'une analyse de sang approfondie et le contrôle des vitamines, l'évolution du poids (stabilisation ou légères fluctuations), votre bien-être...
Faites-en une habitude annuelle.

11 **En savoir plus ?**

Apprenez-en plus sur:
www.ObesitasentrumWestvlaanderen.be

Prescription infirmière

Nom et prénom du patient :

.....
.....
.....
.....
.....

Motif : statut post-gastrique bypass/sleeve gastrectomie

Merci d'administrer les soins suivants :

- Soins aseptiques des plaies si nécessaire
- Clexane 60 mg 1 x/j./Fraxiparine 0,6 cc 1 x/j. sc pendant 10 jours

À raison de : 1 x/j.

Pendant : 10 jours

Date : / / 20.....

Cachet du prescripteur :



Apprenez tout à ce sujet sur
www.ObesitasCentrumWestvlaanderen.be

Prescription kinésithérapeutique

Nom et prénom du patient :

.....
.....
.....
.....

Motif :

- Statut postopératoire :
bypass gastrique (N241846)/sleeve gastrectomie (N241780)
- Maintien de la masse corporelle maigre – prévention de la perte musculaire
- Adaptation du mode de vie

Merci d'administrer les soins suivants : à partir de 4 à 6 semaines après l'opération

- Entraînement à la stabilité de base, école du dos
- Musculation, entraînement cardio
- Coaching « Beweging Op Verwijzing »

À raison de : 2 x/semaine

Pendant : 18 fois

Date : / / 20.....

Cachet du prescripteur :



www.ObesitasCentrumWestvlaanderen.be

Demande de remboursement pour le pré-régime

À l'attention de l'assureur hospitalisation.

Nom et prénom du patient :

.....
.....
.....
.....

Madame, Monsieur, Dans le cadre de soins préalables et d'un suivi optimaux pour une intervention bariatrique planifiée, un régime cétogène très faible en calories, enrichi en vitamines, en minéraux et en protéines de haute qualité est recommandé dans notre hôpital comme régime préopératoire. Ce régime est recommandé pendant au moins 1 à 2 semaines.

Des études scientifiques démontrent en effet qu'un tel régime de deux semaines entraîne une perte de poids d'au moins 5 % et une diminution du volume hépatique entre 5 et 20 % (Caprio et al. 2019).

Il en résulte une perte de poids postopératoire plus importante (Kadeli et al. 2012), une durée plus courte de l'intervention et une durée d'hospitalisation plus courte (Still et al. 2020, Giordano et al. 2014), moins de risques de complications (Weimann et al. 2017) et moins de perte de masse musculaire postopératoire, une meilleure cicatrisation des plaies et une plus faible mortalité (Sun et al. 2020).

En outre, les directives internationales indiquent que l'apport en protéines postopératoire doit être d'au moins 60 à 90 g par jour, avec pas moins de 1 à 1,2 g de protéines/kg de poids corporel idéal. Plus de 85 % des patients prennent moins de 60 g de protéines par jour en postopératoire (Gesquiere et al. 2014). C'est pourquoi il est recommandé d'enrichir

suffisamment l'alimentation normale de suppléments de protéines en postopératoire.

Ces suppléments de protéines avant et après l'opération servent donc à optimiser les soins liés à la chirurgie bariatrique et à limiter les problèmes postopératoires et les coûts à long terme. Nous vous demandons dès lors de prendre en considération le remboursement de tels produits dans le cadre de votre assurance hospitalisation (voir facture patient, à joindre en annexe).

Date : / / 20.....

Cachet du prescripteur :



Notes

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.

20 horizontal dotted lines for writing.

20 horizontal dotted lines for writing.

Contact

Coordinateur Obésité

Bert Verbeke

Tél. 051 23 74 06

e obesitascentrum@azdelta.be

AZ DELTA ROULERS

Secrétariat Chirurgie

Tél. 051 23 71 09

e secr.chirurgie.rumbek@azdelta.be

Secrétariat Endocrinologie

Tél. 051 23 74 30

e secr.endocrino@azdelta.be

Diététicienne Kristel Beheer

Tél. 051 23 75 46

e kristel.behey@azdelta.be

Diététicienne Ann Dejager

Tél. 051 23 75 45

e ann.dejager@azdelta.be

Psychologue Horanka Uyttenhove

Tél. 051 23 81 82

E-mail horanka.uyttenhove@azdelta.be

Secrétariat Physiothérapie

Tél. 051 23 61 45

e secr.fysio@azdelta.be

AZ DELTA MENIN

Secrétariat Chirurgie

Tél. 056 52 22 43

e secr.chirurgie.menen@azdelta.be

Secrétariat Endocrinologie

Tél. 056 52 22 43

e secr.endocrino@azdelta.be

Diététicienne Marianne Casteel

Tél. 056 52 22 88

e marianne.casteel@azdelta.be

Diététicienne Aline Lamblin

Tél. 056 52 22 89

e aline.lamblin@azdelta.be

Psychologue Sofie Naert

Tél. 056 52 21 97

e sofie.naert@azdelta.be

Secrétariat Physiothérapie

Tél. 056 52 26 85

e secr.fysio.menen@azdelta.be

AZ DELTA TORHOUT

Secrétariat Chirurgie

Tél. 050 23 24 24

e secr.chirurgie.torhout@azdelta.be

Secrétariat Endocrinologie

Tél. 050 23 24 01

e secr.inwendige.torhout@azdelta.be

Diététicienne Rita Wauman

Tél. 050 23 27 39

e rita.wauman@azdelta.be

Diététicienne Ann-Sophie Vuylsteke

Tél. 050 23 26 30

e ann-sophie.vuylsteke@azdelta.be

Psychologue Jasmijn De Bouvere

Tél. 050 23 23 29

e jasmijn.debouvere@azdelta.be

Secrétariat Physiothérapie

Tél. 050 23 24 92

e secr.fysio.torhout@azdelta.be

Chirurgiens

Dr Isabelle Debergh

Dr Hans De Loof

Dr Bart Smet

Dr Philip Vanden Borre