

## Tout savoir sur la chirurgie bariatrique

### Table des matières

I- GENERALITES .....	2
Qu'est-ce que l'obésité ?.....	2
Suis-je obèse ?.....	2
Suis-je le/la seul(e) à avoir ce problème ?.....	2
Pourquoi l'obésité est-elle grave ?.....	2
Quelles sont les principales causes d'obésité ?.....	2
Quelles sont les conséquences sur la santé de l'obésité ?.....	3
II- CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	3
Suis-je candidat pour ce type de traitement ?.....	3
III- DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE .....	4
La préparation .....	4
La décision .....	5
IV- LES DIFFERENTS TECHNIQUES.....	5
a) ANNEAU PERI GASTRIQUE AJUSTABLE .....	5
b) SLEEVE GASTRECTOMIE .....	7
c) BYPASS (Court-circuit gastrique) .....	7
V- DEROULEMENT DE L'INTERVENTION (HOSPITALISATION) .....	8
VI- SUIVI (POSTOPERATOIRE) .....	10

---

Pour prendre RDV :

Consultation chirurgie bariatrique au Centre Hospitalier Alès-Cévennes

Dr. TOPOROV Nicolay- Diplôme Inter Universitaire chirurgie de l'obésité  
Dr. AGUILAR-LIAUTARD Elisabeth

Téléphone : 04 66 78 31 90

Mail : [ssilva@ch-ales.fr](mailto:ssilva@ch-ales.fr) / [snouet@ch-ales.fr](mailto:snouet@ch-ales.fr)

---

## I- GENERALITES

### *Qu'est-ce que l'obésité ?*

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé 1997) : il s'agit d'une maladie dégénérative chronique (grave et complexe) qui consiste en une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut être nocive pour la santé.

### *Suis-je obèse ?*

L'obésité est définie à partir du calcul de la masse corporelle (I.M.C) :

$IMC = \text{poids (Kg)} / \text{taille (m)}^2 :$

18 < IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> = Poids normal

25 < IMC < 30 kg/m<sup>2</sup> = Surpoids

30 < IMC < 35 kg/m<sup>2</sup> = Obésité modérée

35 < IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> = Obésité sévère

< 40 kg/m<sup>2</sup> = Obésité massive ou morbide

### *Suis-je le/la seul(e) à avoir ce problème ?*

- Depuis 1980, l'obésité a doublé dans la population mondiale.
- Actuellement, plus de 800 millions d'adultes dans le monde souffrent d'obésité.
- Le surpoids et l'obésité concernent en Europe 59% des adultes et presque 30% des enfants.
- 7 millions de Français, soit >15% de la population nationale, sont en situation d'obésité (ObÉpi-Roche 2020), dont 2% en obésité massive.
- En France : plus de 60 000 décès liés au surpoids et à l'obésité sont enregistrés chaque année.

### *Pourquoi l'obésité est-elle grave ?*

- Parce qu'elle réduit l'espérance de vie moyenne en 20 ans.
- Parce qu'elle diminue la productivité entraînant une invalidité et l'absentéisme.
- Parce qu'une personne obèse à 30 ans a 50% plus de chances d'avoir des maladies chroniques cardiovasculaires, articulaires, respiratoires, métaboliques au cours des 10 prochaines années.
- L'obésité complique toutes maladies chroniques par exemple : diabète, cardiovasculaire, articulaire.
- L'obésité a été liée à l'apparition de cancers tels que l'endomètre, sein, côlon.
- Parce que le coût du traitement de ces maladies est très élevé, tant pour le patient que pour la société dans son ensemble.

### *Quelles sont les principales causes d'obésité ?*

Cette maladie est multifactorielle.

C'est le résultat d'un déséquilibre énergétique dans le corps entre les besoins, les contributions (calories ingérées soit pour une mauvaise qualité ou excès d'alimentation) et les dépenses énergétiques couplés à d'autres facteurs tels que :

- Héréditaires : génétiques.

- Sociaux et environnementaux :
  - Changements du mode de vie : situation scolaire, professionnelle (incidence toxique sur le métabolisme ou qui provoquent des troubles psychologiques, l'isolement, la sous-estime de soi).
  - Contexte familiaux : changement de situation familial (mariage, grossesse), éducation parental, coutumes, culture.
  - Niveaux socio-économique bas
  - Activité sédentaire
  - Manque d'exercice
  - Alimentation mal équilibrée (aliments riches en graisses et en glucides)
  - Suralimentation
  - Nourriture sans horaires
  - Grignotages
- Psychologiques et psychiatriques :
  - Dépression
  - Anxiété
  - Stress
  - Anorexie
  - Boulimie
- Médicaux :
  - Hypothyroïdie
  - Diabète non contrôlé
  - Problèmes endocriniens, utilisation de certains médicaments

### *Quelles sont les conséquences sur la santé de l'obésité ?*

L'obésité est en rapport avec de multiples pathologies, comme facteur de risque ou facteur aggravant, par exemple :

- Le cancer (œsophage, endomètre, rein, colorectal, pancréas, sein).
- Les maladies cardiovasculaires : hypertension artérielle.
- Les maladies endocrines : diabète, pathologies de la thyroïde.
- Les maladies respiratoires chroniques : apnée du sommeil.
- Des troubles digestifs : Reflux gastro-œsophagien.
- Des troubles menstruels de la stérilité.
- Des troubles urinaires : incontinence.
- Arthropathies
- Des troubles sociaux et ou psychologiques : Dépression

## **II- CHIRURGIE BARIATRIQUE**

### *Suis-je candidat pour ce type de traitement ?*

La chirurgie bariatrique est principalement destinée aux patients souffrant d'obésité morbide (IMC > 40 Kg / m<sup>2</sup>) ou sévère (> 35 Kg / m<sup>2</sup>) et présentant une comorbidité qui complique cette maladie (HAS 2020).

Il est nécessaire de réaliser une prise en charge multidisciplinaire qui permettra d'étudier chaque cas et traiter le patient avec la technique la plus adaptée à ses besoins et pathologies.

### III- DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

#### *La préparation*

Cette phase de préparation est indispensable et nécessite un véritable engagement de votre part. Durant plusieurs mois (au minimum 6 mois), vous allez rencontrer différents professionnels, membres de notre équipe pluridisciplinaire, qui vont vous informer et vous examiner. Ils vont également vous prescrire différents examens pour rechercher des comorbidités c'est-à-dire des maladies ajoutées :

- **Médecin Endocrinologue-nutritionniste** : pour un examen clinique et bilan biologique complet et dépister ou traiter des maladies (comorbidités) comme diabète, hyper ou hypothyroïdie, des troubles au niveau surrénalien, maladies du foie, et réaliseront la recherche de carences en fer, oligoéléments, et vitamines ; et institueront une correction si nécessaire.
- **Diététicien** : Très tôt, avant même l'intervention, vous devez prendre de nouvelles habitudes alimentaires. Vous devez décoder à l'aide de la diététicienne le mode alimentaire et le corriger, équilibrer, et instituer des bonnes habitudes comme instaurer le bon équilibre, les rations nécessaires et indispensables pour l'intervention et assurer de bons résultats.
- **Psychologue et/ou Psychiatre** : pour coter le niveau d'anxiété, dépression et les troubles compulsifs liés à l'alimentation (anorexie, boulimie, grignotages), évaluer l'isolement, la difficulté de vie du patient, etc.
- Si besoin, il faut démarrer une prise en charge psychothérapeutique pour traiter une dépression, stabiliser des troubles de l'humeur, éliminer une psychose ou schizophrénie qui peuvent être des contre-indications à cette chirurgie.
- **Médecin Spécialiste en activité physique et réhabilitation** : qui réalisera un bilan de votre activité physique et de vos habitudes journalières afin de vous prodiguer les conseils nécessaires pour vous remettre à une activité physique adaptée à votre état de santé, à vos goûts et à vos possibilités.
- **Gynécologue** : pour les femmes en âge d'avoir des enfants afin de décider d'une contraception par implant ou stérilet (au moins pendant les premiers 24 mois après l'intervention), et ou réaliser une mammographie de dépistage (important chez les patientes de plus de 50 ans).
- **Gastroentérologue** : qui réalisera une endoscopie œsogastroduodénale pour diagnostiquer une éventuelle hernie hiatale (qui peut contraindre une intervention), un ulcère, la présence d'*Helicobacter pylori* (à traiter avant l'intervention) et s'il y a des antécédents familiaux de cancer colorectal pratiquer une coloscopie.
- **Pneumologue** : afin de réaliser une évaluation de la fonction respiratoire, dépister un syndrome d'apnées du sommeil et/ou une insuffisance respiratoire restrictive ou autres troubles respiratoires qui contre-indiquent l'intervention.
- **Cardiologue** : qui réalisera une évaluation de la fonction cardiaque, troubles cardiaques, et la recherche de maladies coronariennes ou d'autres artères.
- **Examens biologiques et radiologiques** :
  - o Prises de sang, test de grossesse
  - o Radiographie pulmonaire et transit gastro-duodéal
  - o Évaluation bucco-dentaire.

Durant cette phase de préparation, il est utile de rencontrer des patients déjà opérés et participer au groupe de parole, ateliers et réunions d'informations organisées au sein du service de Médecine Interne (HPDD).

### *La décision*

Un fois toutes les évaluations et consultations honorées, votre dossier sera discuté, de façon collégiale, en présence des chirurgiens, médecins nutritionnistes-endocrinologues, psychologues et diététiciennes qui décideront de façon collective la prise en charge à réaliser et le délai nécessaire si c'est le cas.

**Un dossier peut être mis en attente si le patient n'étant pas prêt sur le plan nutritionnel, ou bien présentant une maladie ou difficulté psychiatrique mal stabilisée.**

- Si l'option chirurgicale est accordée, la discussion s'établit autour du type de chirurgie selon :
  - L'âge du patient, ses pathologies, les antécédents chirurgicaux, l'IMC, le mode de vie (contraintes liées aux différentes techniques), le désir de grossesse ou non, etc.
- 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 (pour en savoir plus : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).
- Si votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante. Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.
- Si 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.

## IV- LES DIFFERENTES TECHNIQUES

- a) ANNEAU PERI GASTRIQUE AJUSTABLE
- b) SLEEVE GASTRECTOMIE
- c) BY PASS

### *a) ANNEAU PERI GASTRIQUE AJUSTABLE*

#### **Principe :**

**Technique restrictive** qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Ne perturbe pas la digestion des aliments.

Il consiste à placer un dispositif (bande), réglable dans la plupart des cas, dans la partie supérieure de l'estomac afin de réduire le gabarit du passage des aliments vers le tube digestif (reste de l'estomac), provoquant une dilatation de la partie supérieure de l'estomac (délimitant ainsi une petite poche) qui stimule le centre des barorécepteurs ou la satiété.

Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.

#### **Spécificités :**

- On utilise des anneaux en silicone gonflables (diamètre modifiable) dont la capacité est d'environ 8-10 cc selon les modèles.

- L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau.
- Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.
- L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.

#### **Durée moyenne de l'intervention :**

Étant donné qu'il s'agit de la procédure chirurgicale moins la moins agressive, elle est rapide (40 à 60 minutes), possible sous coelioscopie dans la quasi-totalité des cas.

Le risque de décès des suites de l'opération est très faible 0.1%.

#### **Durée hospitalisation :**

L'hospitalisation est souvent de 12 à 48 heures.

#### **Résultats (perte du poids) :**

De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids à 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg. Le recul sur ces résultats est de 20 ans.

L'efficacité d'un anneau est directement liée au « gonflage » ou « serrage ». Celui-ci est en principe débuté 1 à 2 mois après la pose de l'anneau et nécessite des contrôles radiographiques.

Il est essentiel de parvenir à trouver un équilibre entre serrage (perte de poids) et confort alimentaire.

En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.

#### **Suivi :**

Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi (à chaque serrage ou desserrage) ou au moins 1 fois par an.

Du fait de l'anneau et de son mécanisme certains aliments (viande rouge non hachée, pain, certains légumes ou fruit à peau) peuvent être mal tolérés.

#### **Complications :**

Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :

- Problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau.
- Glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter.
- Troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs).
- Lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau la dilatation de l'œsophage avec reflux acide).

Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité. Le taux d'échec dans la perte de poids (moins de 25% de perte d'excès de poids) est de presque 40% à 5 ans avec un taux d'ablation de l'anneau de 20%.

## ***b) SLEEVE GASTRECTOMIE***

**(Gastrectomie longitudinale ou gastrectomie en manchon)**

### **Principe**

- **Technique restrictive et irréversible** qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (grhéline) et contrôler la faim.
- L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué.
- Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.

### **Durée moyenne de l'intervention**

60-120 minutes

### **Durée de l'hospitalisation**

2 à 8 jours (selon l'évolution post opératoire).

Sa morbi- mortalité est estimée à 0,2 %

### **Résultats (perte du poids)**

De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg.

Le recul sur ces résultats est de 10 ans.

### **Suivi**

Auprès de l'équipe qui s'est occupée de votre intervention, le suivi est À VIE.

Tous les 3 mois la première année de l'intervention et puis 1 ou 2 fois par an ; À VIE.

### **Complications**

- **À court terme** : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant, hémorragies postopératoires précoces, carences nutritionnelles possibles (à surveiller).
- **À long terme** : Carences nutritionnelles possibles (à surveiller), reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage, dilatation de l'estomac.

## ***c) BYPASS (Court-circuit gastrique)***

### **Principe**

**Technique restrictive et malabsorptive irréversible** qui permet de diminuer à la fois les quantités d'aliments ingérées et diminuer son absorption car ils sont envoyés directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.

La malabsorption est variable en fonction de la longueur du court-circuit intestinal.

## Spécificités

La taille de l'estomac est réduite à une petite poche d'environ 15 à 75 cc. L'intestin grêle est sectionné à 1m de son origine (c'est ce que l'on appelle l'anse bilio-pancréatique) et la partie d'aval est suturée à l'estomac (c'est l'anse alimentaire). La partie de l'intestin grêle qui récupère le foie et les sécrétions pancréatiques est anastomosée en « Y » à cette anse plus bas à environ 150 cm créant une maison commune et fonctionnelle d'environ 1 à 2 mètres qui sera celle qui absorbe vraiment les nutriments, donc assimilés en moindres quantités.

Aucun organe n'est enlevé.

## Durée moyenne de l'intervention

Entre 1 h 30 à 3 heures

## Durée de l'hospitalisation

3 à 8 jours (selon l'évolution post opératoire).  
Sa morbidité est estimée à 5% et sa mortalité à 0,5 %.

## Résultats (perte du poids)

De l'ordre de 60 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg entre 6 et 48 mois de l'intervention.

## Suivi

Auprès de l'équipe qui s'est occupé de votre intervention le suivi est À VIE.  
Tous les 3 mois la première année de l'intervention et puis 1 ou 2 fois par an ; à vie.

## Complications

- À court terme : saignement, abcès et ou péritonite secondaires à fistule(s), embolie pulmonaire, infections urinaire et pulmonaires.
- À long terme : carences nutritionnelles. Dans la plupart des cas la prise de vitamines (B12, acide folique, B1) et d'oligoéléments (Calcium, Zinc, Fer) est nécessaire à vie.
- Complications fonctionnelles liées à la physiologie de la digestion : hypoglycémie après le repas, *dumping syndrome\**, constipation.
- Complications mécaniques : Dilatation de la poche (reprise de poids), rétrécissement de l'anastomose entre l'estomac et l'intestin grêle ou occlusions intestinales (hernies internes, moins de 2%) et nécessiter d'un traitement chirurgical.

## V- DEROULEMENT DE L'INTERVENTION (HOSPITALISATION)

### J-1 de l'intervention : arrivée dans le service d'Hospitalisation :

Le patient est attendu en hospitalisation la veille de son intervention.

Le patient est pesé et sont réalisés les derniers préparatifs (visite préanesthésique, bilan biologique, préparation du patient).



## **J-0, le jour de l'intervention :**

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, généralement par coelioscopie (petits trous). Cette technique est recommandée car elle limite la douleur 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).

Après l'intervention chirurgicale, le patient sort du bloc et reste une à deux heures en salle de réveil.

A son réveil, le patient a une perfusion et parfois une sonde nasogastrique/urinaire /drain abdominal. Pour les patients les plus fragiles un séjour en réanimation est préconisé. La surveillance en salle de réveil est plus ou moins prolongée en fonction du patient.

La mobilisation précoce et les exercices respiratoires sont essentiels à une bonne récupération post-opératoire.

## **J-1 après l'intervention :**

Le lendemain de l'intervention, le patient est levé avec l'aide des soignants. Il est prévu des aérosols pour améliorer votre respiration et une kinésithérapie respiratoire et mobilisatrice à l'aide du kinésithérapeute. Le patient peut boire un peu d'eau. En cas de nausées et vomissements surtout après une sleeve, un traitement adapté est prévu. Comme toute intervention sur l'abdomen, les suites opératoires peuvent être douloureuses. Des médicaments contre la douleur vous sont donnés si besoin.

Après 2-3 jours de l'intervention, le chirurgien peut demander une vérification radiologique (TOGD/Scanner abdomino-pelvien avec opacification) pour la vérification post-opératoire de l'absence de fuite ou d'anomalie du montage.

En l'absence d'anomalie radiologique, (si c'est le cas) le drain est retiré, une alimentation légère est autorisée. L'alimentation est élargie par la suite selon un protocole interne au service.

La diététicienne va suivre au jour le jour l'alimentation légère et mixée fournie au patient. Une feuille d'alimentation est fournie au patient qu'il doit remplir lui même.

La durée de l'hospitalisation varie de 2 à 8 jours en fonction du type d'intervention et de l'état général de la personne. Elle peut être prolongée si des complications surviennent après l'intervention. Dans ce cas, votre chirurgien peut décider de vous réopérer en urgence.

## **La sortie**

L'arrêt de travail est d'un mois en général (deux à quatre semaines selon l'intervention et suites).

Avant votre sortie, la diététicienne vous fournit les consignes nécessaires pour l'alimentation (protocole de réalimentation).

Des ordonnances vous sont remises pour la pharmacie.

- Antalgiques
- Protecteurs contre l'acidité gastrique : un traitement préventif des ulcères gastriques qui aide à la cicatrisation de l'estomac est prescrit pour une durée de 2 mois ainsi qu'une supplémentation en vitamines.
- Un traitement anticoagulant (HBPM) avec contrôle des plaquettes est prescrit pour trois à quatre semaines.

## VI- SUIVI (POST-OPERATOIRE)

### **Le Suivi Immédiat :**

Lors de la sortie, les modalités du suivi seront expliquées au patient et les différents rendez vous seront pris.

### **Sur le plan alimentaire :**

L'alimentation à domicile vous sera spécifiée (fractionnée, moulinée ainsi que la durée) avant votre sortie par la diététicienne de la clinique. Pour ne pas avoir de mauvaises surprises (vomissements, douleurs), il est très important de suivre les conseils diététiques.

Les principales consignes à respecter sont :

- Manger des petites quantités à chaque repas et mastiquer lentement. Fractionner les repas (ajouter deux collations à 10h et 16h) si nécessaire.
- Prendre les repas assis et dans le calme
- Ne pas boire en mangeant (le faire suffisamment entre les repas) ;
- Manger équilibré et varié pour éviter les carences nutritionnelles et augmenter les chances de perdre du poids
- Conserver un apport suffisant en protéines (viandes, poissons, œufs, produits laitiers)
- Éviter 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
- Favoriser les apports protidiques au dépend des graisses et des sucres

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.

### **Sur le plan physique :**

- Il est nécessaire et indispensable de pratiquer une activité physique régulière et adaptée à votre cas.
- Des exercices modérés et raisonnables selon vos goûts et capacités.
- Le premier mois post opératoire il est préférable de reprendre son activité progressivement comme par exemple : marcher ou monter les escaliers.
- Pendant la période d'arrêt de travail, une marche de 30 à 45 minutes est recommandée, si possible, matin et soir. Les déplacements à pied sont bénéfiques au cours de la journée en plus des deux sorties plus longues.
- Un effort physique plus soutenu (monter des escaliers) est possible après une dizaine de jours.
- Les bains ne sont possibles en piscine qu'à partir de 21 jours après l'intervention. Avant, la cicatrisation cutanée n'est pas terminée et l'eau peut avoir un effet creusant sur la plaie.
- Plus vous perdrez du poids, plus cela vous semblera facile, profitez-en pour augmenter la durée de votre activité physique.
- Il faut savoir que les graisses ne sont utilisées qu'à partir de 30 minutes d'exercice (avant les sucres rapides servent à l'effort). Tout exercice au delà des 30 minutes est donc très profitable en termes de perte de poids. L'effort a également un effet "satiétogène" c'est à dire que votre appétit sera diminué par l'exercice.

- Des séances de Kinésithérapie, pour faciliter et accélérer la récupération, de capital musculaire et sont possibles dès la deuxième semaine post opératoire.
- Après la disparition des douleurs abdominales, une rééducation de la sangle abdominale pourra être débutée.

### **Quant aux consultations (rythme) :**

- Avec votre chirurgien : dans le mois qui suit l'intervention et puis tous les 3 mois la première année. À partir du deuxième au minimum tous les 6 mois, à vie.
- Avec la diététicienne : dans le mois qui suit l'intervention et puis tous les 3 mois la première année. À partir du deuxième au minimum tous les 6 mois, à vie.
- Avec le médecin endocrinologue-nutritionniste : maximum 3 mois après l'intervention, muni d'un bilan biologique complet et puis tous les 6 mois, à vie.

### **Suivi à long terme**

Être suivi(e) régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire qui a réalisé l'intervention, 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 6 objectifs principaux :

1. Évaluer votre perte de poids : 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.
2. 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.

Dans la plupart des cas, prendre chaque jour 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.

3. Vu que certaines affections associées à l'obésité régressent il faudra adapter, si besoin, les traitements que vous prenez.

Certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après intervention mal absorbative alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu.

- ex. : diabète.
- Ex : l'hypertension artérielle, certaines maladies thyroïdiennes.
- ex. apnée du sommeil : une consultation pneumologique est nécessaire dans les trois mois après l'intervention car rapidement la plupart des patients peuvent se passer de l'assistance ventilatoire.

Important : dans le futur 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.

4. Vérifier que vous vous êtes bien adapté(e) aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activités physiques.

Il est impératif de mettre en route une rééducation musculaire globale, à sec ou en piscine, et par une activité physique quotidienne, afin de maintenir un index de musculaire supérieur à 9%chez la femme, 11 %chez l'homme.

5. Vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes ; dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps.

Il est conseillé d'avoir un suivi avec le psychiatrique et ou réévaluation psychologique : en effet cette métamorphose corporelle induit un changement de vie, de place au regard des autres et un questionnement sur la propre identité du patient, il passe du trop à autre chose qui peut être du plaisir mais aussi du trop peu ou du manque ; une bascule psychique est à surveiller.

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.

Participation au groupe de parole : pour un accompagnement dans ce changement parfois euphorique au début, difficile ensuite, pour trouver d'autres moyens d'exister, pour accepter d'autres bénéfices,

6. Vous 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)