

SUIVI MÉDICAL APRÈS GASTRIC-BY PASS

TECHNIQUE CHIRURGICALE



Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé).

Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindre quantité.

En cas de problème, n'hésitez pas à appeler :

le Dr.....

ou

le centre référent.....

L'alimentation

Alimentation mixée pendant 3 semaines puis retour progressif à une texture normale

Mastication soigneuse et déglutition lente (1 repas = 30mn)

Alimentation variée (toutes les classes d'aliments doivent être utilisées) et équilibrée (chaque classe d'aliment doit être représentée dans un repas). Les protéines doivent être favorisées les premiers mois lors de la perte de poids rapide et importante.

Pas de boisson pendant les repas ni ½ heure avant ni ½ heure après.

Attention aux boissons alcoolisées ou très sucrées qui peuvent donner un dumping syndrome (sueurs, palpitations et malaise) disparaissant spontanément après 15 minutes au repos allongé !

Les médicaments

Les vitamines (sous forme de préparation multivitaminée) doivent être prises À VIE. Leur arrêt peut entraîner des complications graves parfois irréversibles (amnésie antérograde, cécité, pellagre...)

Les antiacides (IPP) doivent être pris pendant 2 à 3 mois et être poursuivis en cas de tabagisme même minime, de RGO, de traitement par AINS ou corticoïdes (risque de perforation d'ulcère anastomotique ou d'hémorragie ulcéreuse) y compris à distance de l'intervention.

Les traitements au long cours (diabète, HTA, hyperuricémie, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, épilepsie) doivent être adaptés. Le don de sang est déconseillé du fait de la difficulté à reconstituer le stock de fer.

L'activité sportive

Elle doit être encouragée sous forme d'une pratique progressive et régulière ne sollicitant pas les articulations au début (vélo, natation, gymnastique). La prescription de séances de kinésithérapie renforçant la ceinture abdominale et les muscles posturaux dorsaux peut être indiquée.

Le suivi psychologique

Il évalue le retentissement psychologique, social et familial des modifications physiques dues à la perte de poids.

Il permet la prise en charge des difficultés et des complications éventuelles psychopathologiques (risque dépressif à l'issue d'un amaigrissement rapide, voir risque suicidaire qui serait plus élevé après une chirurgie bariatrique). Une vigilance est accrue lors de la présence d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) ou psychiatrique avant l'intervention.

Il est conseillé aux patients d'avoir un suivi psychologique en postopératoire, ce suivi peut être assuré par le psychologue/psychiatre du centre référent ou un psychologue/psychiatre faisant parti du réseau de prise en charge du centre référent.

Le suivi médical

Il porte sur l'évolution du poids et de l'état clinique. En cas de vomissements importants doubler les doses de vitamines et envoyer rapidement le patient au centre référent qui l'a pris en charge.

La 1^o année, un bilan biologique complet (NFS, métabolisme du fer et ferritinémie, métabolisme lipidique, ionogramme, calcémie, phosphorémie, vitamines A, B1, B6, B12, D) doit être fait au moins 2 fois/an. Au moins 4 consultations de nutrition sont à programmer. Une fibroscopie de contrôle est recommandée à 1, 5 et 10 ans.

A partir de la 2^o année et en fonction de l'évolution clinique, le même bilan biologique devra être fait au moins 1 fois par an ainsi qu'1 à 2 consultations de nutrition.

La grossesse est fortement déconseillée pendant les 18 mois suivant l'intervention. Elle pourra ensuite être envisagée sereinement sous la surveillance renforcée d'un nutritionniste.