

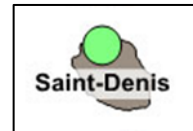
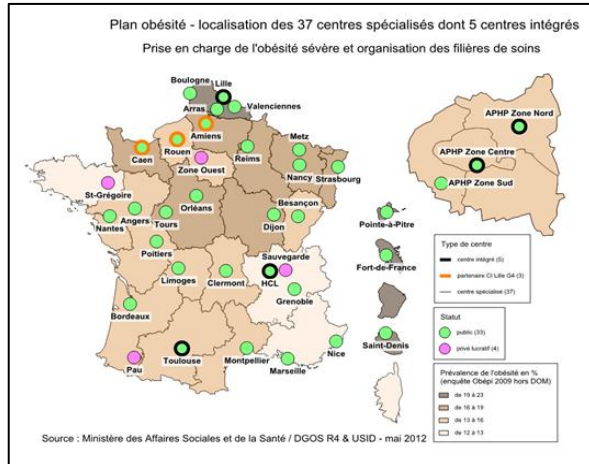


## Fiche Information. LE CSO Réunion Mayotte.



### Qu'est-ce qu'un CSO ?

Suite au Plan obésité 2010-2013, le CHU Réunion Sud et Nord a été désigné par l'ARS OI (Agence Régionale de Santé Océan Indien) comme l'un des 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO).



### Ses missions

1ère mission d'offre de soins : Prise en charge des patients atteints d'obésité sévère les plus compliquées dans une approche pluridisciplinaire médicale et chirurgicale.  
2ème mission de coordination : Animer de la filière de soins au niveau régional.

### Pour l'offre de soins

Le CSO Réunion/Mayotte est composé d'une équipe pluridisciplinaire :

Endocrinologues-nutritionnistes, chirurgiens de l'obésité, anesthésistes et réanimateurs, diététiciennes, psychologues et psychiatres, enseignants APA (Activité physique adaptée), infirmières, et autres partenaires spécialistes : pneumologues, gastro-entérologues, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, radiologues.

### Pour la coordination

Un Médecin Responsable : Dr Le Moullec Nathalie  
Des Coordinatrices Régionales : FONTAINE V. & CRIDELICH C.  
Contact 0262 35 90 00 Poste 5 8174  
coordination.cso@chu-reunion.fr

### Liens utiles :

PAGE FACEBOOK :  
Groupe FERME facebook "Med -e-com Obesity"  
Site internet : [obesite-reunion.re](http://obesite-reunion.re) : <http://obesite-reunion.re>

### Contact

0262 35 90 00 Poste 5 8174  
coordination.cso@chu-reunion.fr



# Fiche Information - Chirurgie Bariatrique : Le poids

## Rappels sur la perte de poids :

### SLEEVE

Perte de poids attendue (HAS)  
45 à 65% % de l'excès de poids  
Environ 25 à 35 kgs

### BY PASS

Perte de poids attendue (HAS)  
70 à 75 % de l'excès de poids  
Environ 35 à 40 kgs

## Après la chirurgie

### Surveillance du poids à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois

#### Objectif :

Perdre de la masse grasse  
Garder la masse maigre

#### Le premier mois

Perte de poids importante et rapide  
Parfois jusqu'à 10 kg  
**ATTENTION A LA FONTE MUSCULAIRE !**

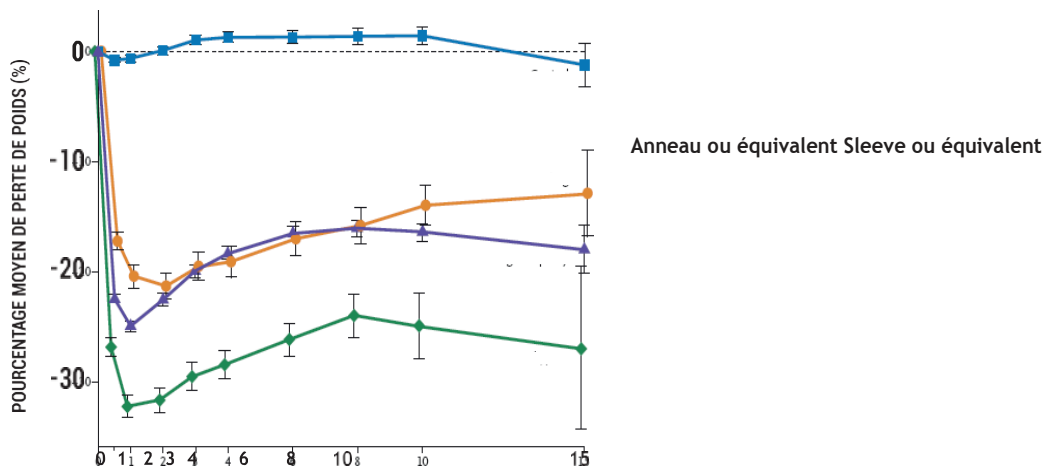
#### Les 6 premiers mois

Perte de poids régulière  
Entre 3 à 5 kg par mois  
Surveillance de la masse musculaire  
**REPRISE de masse musculaire !**

#### La première année

C'est pendant la première année qu'on perd le plus de poids

La perte de poids, dépendra du poids de départ, du type d'opération, de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique. Le poids se stabilise, une fois le « poids d'équilibre » atteint.



Voici les pertes de poids moyennes observées dans une étude de référence (SOS Study). La perte de poids obtenue après sleeve suit la même évolution que celles des autres interventions (perte de poids maximale entre 12 et 18 mois, reprise modérée, puis stabilisation). La perte est intermédiaire entre celle de l'anneau et du bypass.

## Attention à la reprise de poids !

Pour maintenir ma perte de poids après la chirurgie il est recommandé de :

- Maintenir une alimentation équilibrée tout au long de ma vie
- Maintenir une activité physique régulière



# Fiche Information: Chirurgie bariatrique

**Suivi minimal après l'intervention: à 1 an \*Source : ICAN ©**

	1 ère année
<b>Consultations Médecins traitant</b>	4 Mois / 9 Mois
<b>Consultations spécialisée (médecin/ou chirurgien)</b>	Selon protocole du centre.
<b>Evaluation Clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinétique de perte de poids</li> <li>- Etat nutritionnel et tolérance alimentaire</li> <li>- Suivi des comorbidités et adaptation des traitements (par exemple maintien ou non du traitement du SAS a 6-12 mois)</li> <li>- Complications chirurgicales</li> <li>- Conseils en cas d'urgence</li> <li>- Conseils contraception /grossesse</li> </ul>
<b>Examens biologiques 3 et 6 mois après l'intervention :</b>	<p>NFS, ferritine, saturation transferrine, folate, PTH, créatininémie, kaliémie, albuminémie, préalbuminémie, calcémie, CRP, vitamine D. EAL et BHC</p> <p>HBA1c si diabète</p> <p><b>Vitamine B12 à 1 an</b></p> <p>Le dosage de vitamine B1*est indiqué si signes cliniques, vomissements répétés ou perte de poids majeure</p>
<b>Examens d'imagerie et de biologie</b>	<p>Transit OGD après l'intervention régulièrement après (de)serrages de l'anneau, et en cas de signes d'alerte de complications chirurgicales (sauf si urgence adresser directement au chirurgien sans radio préalable)</p> <p>Examens pour évaluer l'évolution des comorbidités de l'obésité</p>
<b>CS supplémentaires en fonction de la clinique</b>	<p>Dététicien ; Infirmier clinicien</p> <p>Psychologue</p> <p>Educateur médico-sportif</p>
<b>Situation aigues</b>	Contact immédiat centre de soins.
<b>Groupe de paroles / Réunions associatives</b>	Groupes d'échanges sur les changements induits par la chirurgie dans la vie personnelle et relationnelle
<b>Supplémentations et ttt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématique si chirurgie malabsorptive : multivitamines, calcium, Vit D, Fer, B12</li> <li>- Si chirurgie restrictive systématique pendant la perte de poids : multivitamines +/- fer</li> <li>- Si vomissements ou perte de poids majeure quelle que soit l'intervention : B1 parentérale</li> <li>- Si projet de grossesse ou grossesse: folates et optimisation du reste des multivitamines</li> <li>- Importance de la surveillance des apports en protéines, calcium, vitamine D dans tous les modèles chirurgicaux</li> </ul>
<b>Chirurgie réparatrice</b>	Attendre 2 ans.

## Ré-intervention

Une seconde procédure peut être envisagée en cas d'échec ou de dysfonctionnement du montage

- Il est indispensable de comprendre les causes de l'échec de la première procédure : l'évaluation doit être complète et multidisciplinaire (psychologue, diététicien...)
- L'IMC à prendre en compte est l'IMC maximal atteint au cours de la vie
- Les risques sont sans doute plus élevés que lors d'une première intervention
- L'équipe chirurgicale doit avoir une expertise dans ces ré-interventions +++



# Fiche Information: Chirurgie bariatrique

- Indications
  - IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>
  - IMC compris entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> ASSOCIÉ à une comorbidité pour laquelle la perte de poids induite chirurgicalement devrait améliorer la pathologie : troubles métaboliques : diabète, dyslipidémies... maladies cardiorespiratoires atteintes articulaires évoluées

Suivi à vie par l'équipe pluridisciplinaire et par le médecin traitant

- Contre indications
  - Absence de suivi d'**au moins 6 mois**.
  - Participation impossible à un suivi médical prolongé.
  - Troubles psychiatriques non stabilisés
  - Troubles du comportement alimentaire sévères non stabilisés.
  - Dépendance aux drogues, à l'alcool.
  - Mauvais pronostic vital à court et moyen terme.

PATIENT EN DEMANDE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE au cabinet de Médecine Générale

Patient adressé en consultation dès que possible à un médecin expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité (endocrinologue, médecin nutritionniste, interniste)

- INFORMATIONS au patient
- Bilan préopératoire

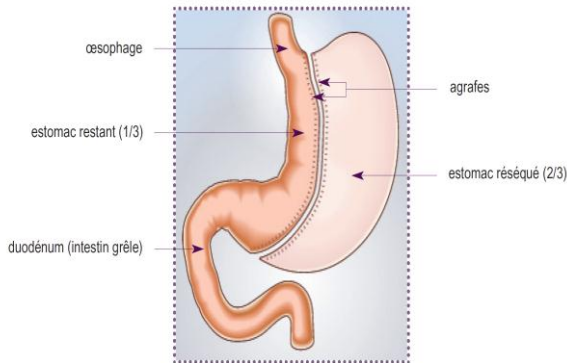
Échanges permanents entre équipe pluridisciplinaire et médecin traitant durant tout le long de la prise en charge

Décision en réunion de concertation pluridisciplinaire (chirurgien, médecin spécialiste de l'obésité, diététicien, psychiatre ou psychologue)

- Chirurgie
- Prise en charge non chirurgicale en cas de contre indication

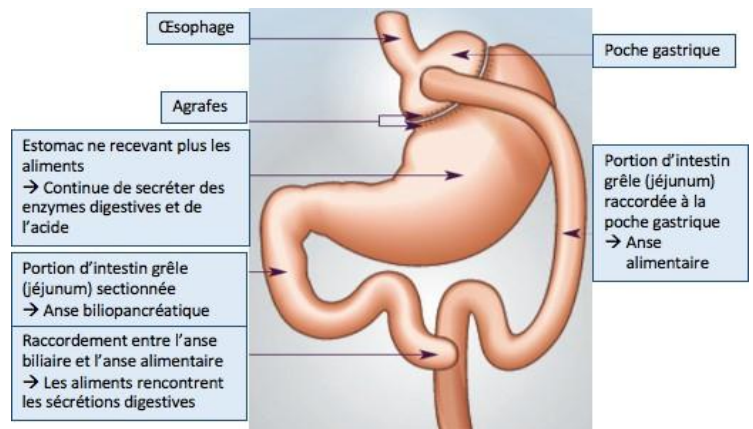
## Les différentes techniques chirurgicales

### SLEEVE GASTERCTOMY



**Perte de poids attendue (HAS)**  
45 à 65% % de l'excès de poids  
Environ 25 à 35 kgs

### BY PASS GASTRIQUE



**Perte de poids attendue (HAS)**  
70 à 75% de l'excès de poids  
Environ 35 à 40 kgs

### Des risques de complications

Complications liées au montage chirurgical : fuite, reflux, glissement d'un anneau, hémorragies, ulcères, sténose médio-gastrique, occlusion

Carences nutritionnelles, Dumping Syndrome

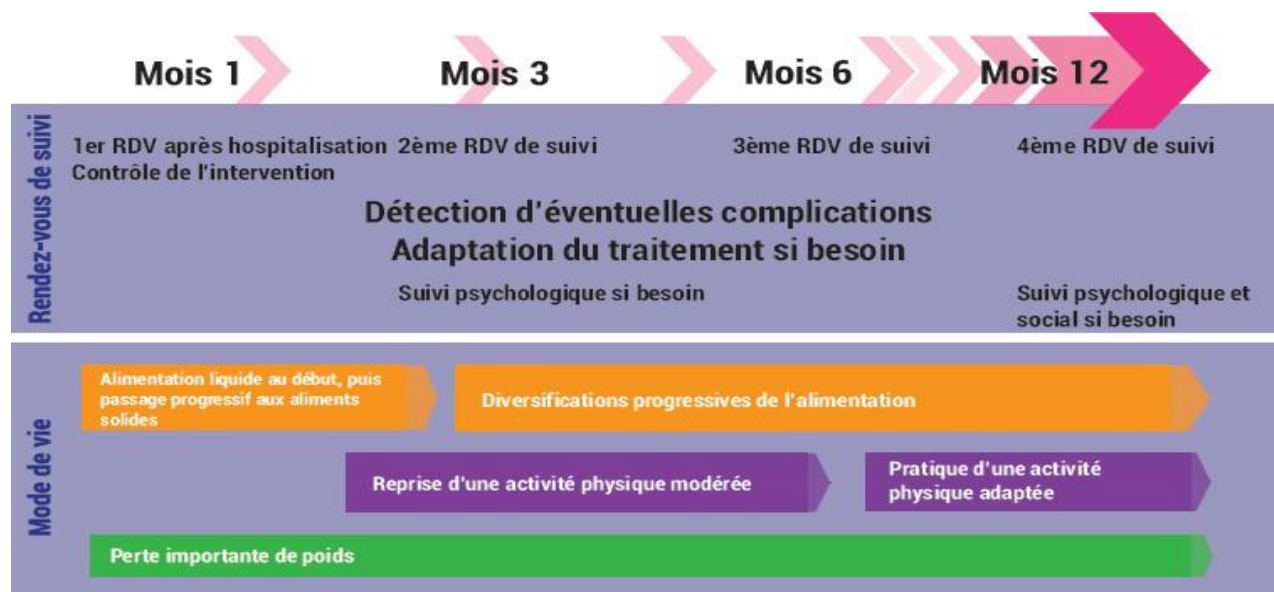
Mortalité liée à l'intervention 0,1% (anneau), 0,2% (SG), 0,5% (ByPass)

**Dans tous les cas, un suivi à VIE !**



# Fiche Information - Chirurgie Bariatrique : Le poids

Suivi post chirurgie bariatrique :



## Les compléments vitaminiques

● Selon le type d'opération :

Après une Sleeve	Complémentations vitaminiques systématiquement les 3 à 6 premiers mois Puis à adapter en fonction des bilans nutritionnels
Après un By Pass	Complémentations vitaminiques à VIE

## Lesquelles ?

Des poly-vitamines type Azinc forme et vitalité® ou Elevit B9®	Des compléments en fer type Tardiferon® ou Féro Grad
Des compléments en calcium et vitamine D Type Calcit D3 ou orocal D3® ou une association de Calcium et Vit D	Des compléments en Vit B12 1 injection à l'intervention Puis tous les 6 mois en fonction des dosages)

+ A tout moment, en cas de perte de cheveux : Bépanthène® et cystéine®

## Projet de Grossesse ?

Possible quelque soit le type d'intervention. Il est recommandé d'attendre 12 à 18 mois post opératoire avant un projet de grossesse.

Une contraception efficace est donc nécessaire durant cette période même si la personne opérée présentait une infertilité préopératoire car l'amaigrissement améliore l'ovulation.

Multi-vitamines quotidienne pendant toute la grossesse, contenant au moins 10mg de Zinc et 1 mg de Cuivre, et ne contenant pas plus de 5000 UI (1500µg) de Vit A /jour, acide Folique = 0,4 mg/Jour pendant 12 SA à condition de ne pas dépasser 1mg/jour avec la MV

Echo Supplémentaire vers 37 SA (echo de croissance vu le risque de petit poids...)

Ce projet doit être planifié, organisation d'un suivi pluridisciplinaire ( SF, Médecins, DIET ...)