

Chirurgie de l'obésité

Présentation du centre ECHO



Service de chirurgie digestive et endocrinienne
www.chwapi.be



Marine (-43 kg)

« Deux ans après l'opération, je veux continuer le suivi »

« Depuis 15 ans, j'essayais tout ce qui était possible et imaginable en matière de régime et mon poids n'arrêtait pas de varier », confie Marine, 40 ans. Après sa grossesse, elle n'a plus su maîtriser la prise de poids et sa balance a affiché 110 kg. Elle a alors décidé de prendre contact avec notre hôpital pour entamer un rééquilibrage alimentaire avec son mari dont l'IMC était de 43. « Il a maigri assez vite et moi j'ai continué à grossir...alors que nous mangions la même chose ! » Le choix de la chirurgie s'est alors imposé. « J'ai subi une sleeve qui s'est très bien passée et aujourd'hui je pèse 67 kg. Je n'ai eu aucun problème, juste des nausées à deux reprises parce que j'apprenais à manger différemment ».

Marine est toujours suivie au centre ÉCHO où ses consultations avec le diététicien sont précédées d'une prise de sang. *« Selon moi, c'est indispensable. Je connais beaucoup de gens qui ont arrêté rapidement leur suivi et à ce moment-là, ça ne s'est plus bien passé. Par exemple, ceux qui mangeaient par ennui ou pour compenser des émotions ont continué à le faire ».* Marine a poursuivi l'accompagnement psychologique durant un an pour accepter son image.





Le traitement de l'obésité, dont la chirurgie bariatrique, n'a de sens que s'il s'intègre dans une prise en charge multidisciplinaire sur le long terme.

Au CHwapi, le centre ÉCHO (Équipe de la CHirurgie de l'Obésité) regroupe une équipe multidisciplinaire composée de chirurgiens, diététicien, gastro-entérologues, interniste, endocrinologue, psychiatre, pneumologues, psychologues, kinésithérapeute et sophrologue.

Leur philosophie : encadrer, préparer et assurer « l'après ».

Prise de rendez-vous : 069/333.000

Diététicien coordinateur : 069/331.880

echo@chwapi.be

Sommaire

- 05 Introduction
- 06 Définition de l'obésité
- 07 Pourquoi traiter l'obésité ?
- 08 Conditions d'éligibilité
- 08 Contre-indications
- 09 Frais liés à l'intervention
- 10 Techniques chirurgicales
 - Gastrectomie verticale (Sleeve)
 - Bypass gastrique (RYGBP)
 - SASI
 - Endosleeve
 - Anneau gastrique non ajustable et révision de bypass
- 15 Votre parcours en pratique
 - Avant la chirurgie
 - Vos rendez-vous
 - Vos examens
 - La décision
 - L'intervention
 - Déroulement
 - Votre alimentation
 - Après l'intervention chirurgicale
 - Le suivi
 - Les carences
 - La perte de poids
 - Les médicaments
 - La grossesse

Introduction

L'objectif de ce fascicule est de vous éclairer sur le traitement chirurgical de l'obésité, ses implications, ses avantages et ses inconvénients.

Afin d'assurer le déroulement optimal du traitement, la chirurgie bariatrique est régie par plusieurs textes de loi engageant à la fois le patient et le corps médical. Vous trouverez dans cette brochure, d'une part, **l'ensemble des principes de la prise en charge encadrant l'avant, le pendant et l'après chirurgie**, et, d'autre part, **les modalités pratiques de la prise en charge chirurgicale**.

La chirurgie bariatrique est une intervention réalisée sur un organe sain dans le but d'obtenir une perte pondérale. Outre l'aspect légal, sur le plan éthique, elle nécessite d'évaluer rigoureusement le rapport bénéfice/risque et d'obtenir une justification thérapeutique de l'acte chirurgical. C'est pourquoi, le chirurgien est entouré d'une équipe multidisciplinaire constituée d'un médecin nutritionniste, d'un gastro-entérologue, d'un psychiatre, de psychologues et d'un diététicien.

Différents examens chez des médecins spécialistes, comme un pneumologue, un endocrinologue ou un cardiologue, font partie du bilan obligatoire.

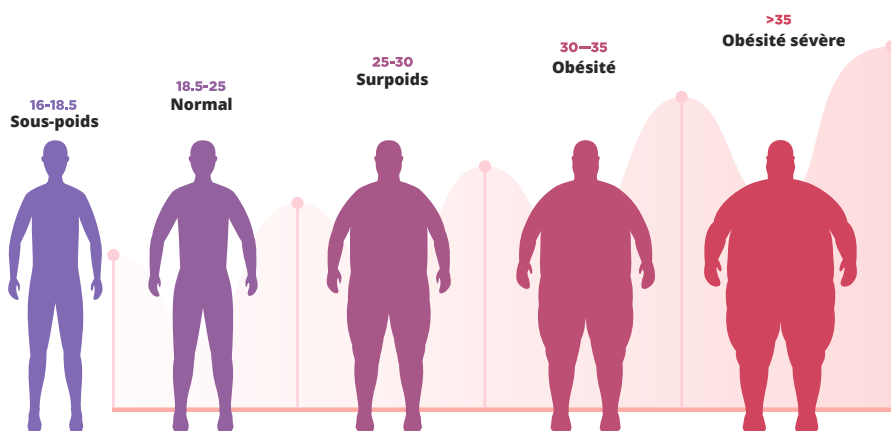
Un accompagnateur de la chirurgie bariatrique vous aidera également dans votre parcours et s'assurera que vous ayez réponse à toutes vos questions.

Définition de l'obésité

L'obésité est reconnue comme une **maladie chronique** depuis 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé. Les professionnels de la santé utilisent l'Index de Masse Corporelle (IMC, ou BMI) pour mesurer la corpulence. Il s'agit du rapport entre le poids en kilogramme et la taille en mètre, au carré. Au-delà d'un BMI de 30 kg/m², on parle d'obésité.

IMC = Indice de masse corporelle

Calcul : poids en kg/taille en m²



Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC*

	Classe de l'obésité	IMC (kg/m ²)
Poids normal		18,5 - 24,9
Surpoids		25,0 - 29,9
Obésité	1. modérée	30,0 - 34,9
	2. sévère	35,0 - 39,9
	3. morbide	≥40

* Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de rapports techniques 2003 ; (894).

L'obésité est une maladie complexe et multifactorielle. Par conséquent, son traitement doit être multidisciplinaire et se prolonger sur le long terme.

Pourquoi traiter l'obésité ?

Les complications liées à l'obésité induisent des risques réels pour la santé et réduisent l'espérance de vie.

Il est bien documenté dans la littérature qu'au-delà d'un index de masse corporelle de 35, la mortalité en fonction de l'âge augmente de façon exponentielle, tant chez l'homme que chez la femme, et ce pour toutes les tranches d'âge.

Outre le risque de mortalité, un grand nombre de maladies sont directement secondaires à l'obésité :

- › **Syndrome métabolique**
 - Diabète de type II
 - Hypercholestérolémie
 - Maladies cardiovasculaires : hypertension, lésions des artères du cœur ou des membres, phlébites, embolies pulmonaires, AVC
- › **Goutte, reflux gastro-oesophagien**
- › **Maladies hépatiques**
- › **Maladies respiratoires, syndrome d'apnées du sommeil**
- › **Troubles de l'appareil locomoteur : arthrose précoce, douleurs articulaires et dorsales**
- › **Cancers**
- › **Troubles de la fertilité, grossesses à risque, troubles de la sexualité**
- › **Troubles sociaux et conséquences psychologiques**

Une diminution durable de l'excès de poids réduit le risque de survenue de ces différentes pathologies et augmente l'espérance de vie.

La chirurgie bariatrique est le seul traitement capable de permettre une perte de poids suffisante et durable lorsque l'obésité a atteint le stade de maladie. Mais en l'absence de prise en charge multidisciplinaire sur le long terme et de suivi post opératoire, un patient sur trois reprendra du poids.

Conditions d'éligibilité

La législation belge a établi une liste de conditions auxquelles doivent répondre les candidats à une chirurgie bariatrique pour bénéficier d'une intervention et obtenir un remboursement. Une opération ne peut être réalisée que si tous les critères sont réunis.

Les conditions sont

- › avoir un BMI supérieur ou égal à 40 kg/m² ou
- › avoir un BMI supérieur ou égal à 35 kg/m² en combinaison avec un des critères suivants :
- › être âgé de 18 ans au minimum,
- › avoir suivi pendant au moins 1 an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable.

- un diabète traité,
- une hypertension résistante à la prise simultanée de 3 anti-hypertenseurs,
- un syndrome d'apnées du sommeil objectivé par un examen polysomnographique,
- en cas d'échec d'une chirurgie bariatrique antérieure, les patients devant subir une nouvelle intervention après complication ou résultat insuffisant.

L'accord est donné après une concertation multidisciplinaire préalable à laquelle participent conjointement un chirurgien, une diététicienne, un endocrinologue ou un interniste, un psychiatre et/ou un psychologue.

La loi impose un délai de 3 mois (à dater du premier jour calendrier du mois qui suit la date de la première consultation) entre la première consultation en chirurgie et la date de l'intervention chirurgicale.

Contre-indications

Il y existe des contre-indications formelles à la chirurgie bariatrique :

- › Troubles cognitifs et mentaux sévères.
- › Dépendances (alcoolisme, toxicomanie).
- › Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire.
- › Contre-indications à l'anesthésie générale.

Frais liés à l'intervention

Si vous répondez aux critères d'éligibilité fixés par la législation, vous bénéficiez d'un remboursement de votre intervention par l'INAMI. En appliquant strictement ces prérequis, l'ECHO vous permet de bénéficier de ce remboursement. Si vous avez souscrit une assurance personnelle, les frais à votre charge pourront éventuellement être couverts par cette assurance complémentaire. Informez-vous auprès de votre assurance, elle est la plus à même de vous donner des renseignements concernant ce point.

Tableau des frais liés à l'intervention

NOMENCLATURE - 01/07/24								
Code prestation médicale	Description	Voie d'accès	Code matériel	Valeur €	Montant Remb. INAMI	Montant à charge du patient	Marge de délivrance	Total à charge du patient
241776-241780	Gastroplastie de réduction par laparotomie (Mason, Sleeve) (pour le traitement de l'obésité morbide)	ouverte	Matériel 155842	614,00	73,68	540,32	61,40	601,72
		endo	Matériel 155864	1790,85	984,97	805,88	148,74	954,62
241835-241846	Gastroplastie de réduction associée à une dérivation biliopancréatique ou gastro-jéjunale (Scopinaro, bypass gastrique, switch duodéna) par laparoscopie (pour le traitement de l'obésité morbide)	ouverte	Matériel 155901	614,00	73,68	540,32	61,40	601,72
		endo	Matériel 155923	2149,02	1181,97	967,05	148,74	1115,79

Tarifs applicables au 1 juillet 2024.

Ce tableau reprend la quote-part à charge des patients pour le matériel mis en place. À cela s'ajoutent les frais inhérents à l'hospitalisation.

Autres traitements non remboursés :

Endosleeve : coût entre 4.480 et 5.280 euros TTC à charge du patient.

Anneau non ajustable : 699,60 euros à charge du patient.

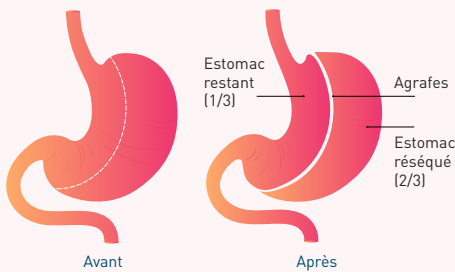
Techniques chirurgicales

Il existe deux moyens par lesquels la chirurgie peut aider à traiter l'obésité.

- **La restriction** consiste à diminuer la taille du réservoir gastrique et, de ce fait, à diminuer la quantité d'aliments ingérés.
- **La malabsorption** vise à diminuer l'absorption des aliments (une partie de l'alimentation, pauvrement digérée, est éliminée via les selles).

La chirurgie métabolique représente la combinaison entre la **restriction** et la **malabsorption**, avec, comme effet, un bénéfice sur la **santé métabolique**.

Gastrectomie verticale (Sleeve)



Principe

Technique restrictive qui consiste à retirer environ 2/3 de l'estomac. Il s'agit donc d'une chirurgie irréversible.

La chirurgie agit également grâce à l'ablation de la partie de l'estomac sécrétant une hormone qui stimule l'appétit (Ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical.

Cette intervention est décrite depuis les années 2000 et a montré de bons résultats. Le recul sur cette intervention est donc de plus de 20 ans.

Perte de poids attendue

45 à 65% de l'excès de poids (25 à 35 kg)

Durée moyenne de l'opération

1 heure

Principaux risques de complications

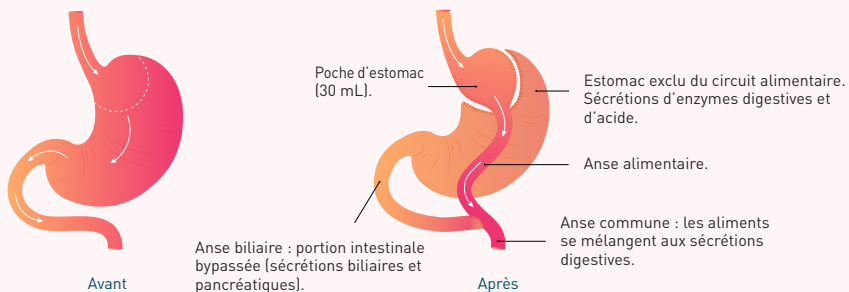
Immédiates : Hémorragie (2 à 5%) - Fistule (2 à 4%) - Thrombose veineuse - Embolie pulmonaire.

Tardives : Reflux gastro-oesophagien (15 à 20%) - Blocages alimentaires - Reprise pondérale - Dumping syndrome (malaises après repas) - Carences nutritionnelles.

Contre-indications

Reflux gastro-oesophagien sévère, oesophagite sévère (œsophage de Barrett).

Bypass gastrique (Roux-en-Y)



Principe

Technique restrictive et malabsorptive. La taille de l'estomac est réduite à une poche et l'absorption des aliments est diminuée grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin grêle.

Aucune résection n'est réalisée.

Les aliments arrivent directement dans la portion moyenne de l'intestin grêle et sont donc absorbés en moindre quantité.

Le recul sur ces résultats est de plus de 30 ans.

Perte de poids attendue

70 à 75% de l'excès de poids (35 à 40 kg).

Durée moyenne de l'opération

1h30 à 2h30

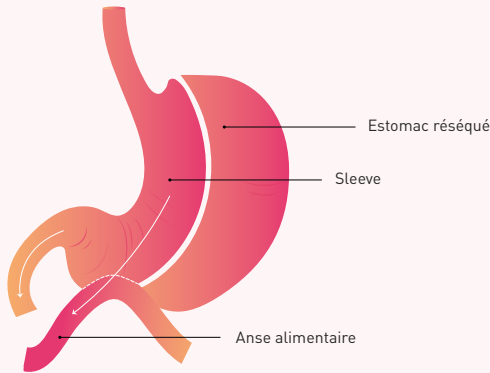
Principaux risques de complications

Fistule (1 à 5%)
Hémorragie (0,6 à 4%)
Ulcère (0,6 à 16%)
Sténose anastomotique (6 à 20%)
Hernie interne et occlusion (1 à 5%)
Phlébite, embolie pulmonaire (0 à 3,5%)
Carences nutritionnelles
Dumping syndrome

Contre-indications

Maladies inflammatoires de l'intestin (Crohn, rectocolite hémorragique)
Certains traitements chroniques

SASI (Single Anastomosis Sleeve Ileal bypass)



Principe

Décrite depuis 2016, cette technique hybride associe restriction par la réalisation d'une gastrectomie verticale, et malabsorption, par une suture entre l'estomac et l'intestin grêle. Il y a donc deux circuits distincts possibles pour les aliments : le circuit « classique » et le circuit bypassé.

Cette intervention permet de préserver le trajet physiologique d'une partie du bol alimentaire.

L'arrivée d'une partie des aliments dans l'intestin grêle provoque une réaction hormonale qui intervient également dans la perte de poids.

Cette technique a l'avantage d'être partiellement réversible.

Le recul sur cette intervention est de 8 ans.

Perte de poids attendue

70 à 75% de l'excès de poids (35 à 40 kg).

Durée moyenne de l'opération

1h30

Principaux risques de complications

Précoces :

Fistule - Hémorragie

Tardives :

Malabsorption excessive

Carences nutritionnelles

Reflux gastro-oesophagien

Occlusion

Dumping syndrome

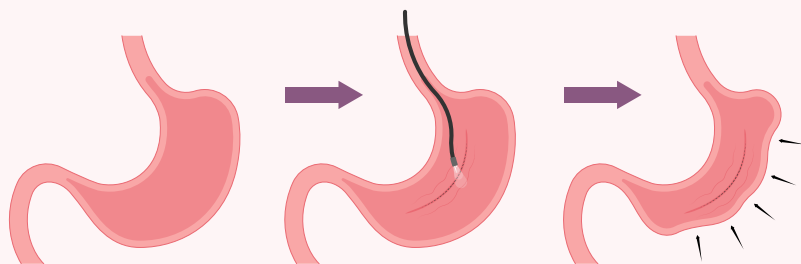
Ballonnements

Flatulences

Contre-indications

/

Endosleeve



L'endosleeve est une technique réservée aux patients ne remplissant pas les critères légaux pour bénéficier d'une chirurgie bariatrique, ou, pour une raison médicale, ne pouvant pas bénéficier d'une chirurgie classique.

Indications

IMC > 30-40 kg/m².

IMC > 40 kg/m² et chirurgie bariatrique contre-indiquée ou non souhaitée.

Révision après chirurgie classique (reprise de poids, dumping syndrome).

Age >18 ans.

Principe

Il s'agit d'une technique complémentaire qui est réalisée par endoscopie. L'intervention consiste à rétrécir le volume de l'estomac en réalisant une suture avec des fils non résorbables et induisant, de ce fait, une restriction. L'intervention est donc réalisée par les voies naturelles, sans incision chirurgicale. Elle est effectuée sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation d'une nuit.

Perte de poids attendue

La perte de poids attendue est de 20Kg (15 à 20% de l'excès de poids).

Durée moyenne de l'opération

1h

Principaux risques de complications

Les complications sont rares (1%) : hémorragie, complications infectieuses essentiellement.

Contre-indications

/

Anneau gastrique non ajustable

et révision de bypass

Une reprise de poids est possible après un bypass même si elle est rare. En fonction de la problématique retenue, plusieurs solutions chirurgicales peuvent être envisagées.

Toutefois, il convient d'abord de reprendre une mise au point multidisciplinaire pour une durée minimale de trois mois afin d'évaluer s'il est possible d'éviter la reprise chirurgicale.

En cas d'échec, une nouvelle restriction peut être envisagée, sous la forme d'une « recoupe » de la poche d'estomac, associée ou pas à la mise en place d'un anneau non ajustable afin de limiter le risque de récurrence. Cet anneau est à charge du patient (699,60 euros). Une augmentation de la malabsorption peut également être envisagée dans des cas rares.

Une discussion approfondie et un bilan complet avec le chirurgien permettent d'explorer avec vous les possibilités envisageables.



Votre parcours en pratique

Le succès de l'intervention dépend également de la modification des habitudes de vie. La chirurgie seule ne suffit pas. Une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et sur le long terme est primordiale afin d'assurer l'efficacité de la chirurgie sur le long terme.

Avant la chirurgie

Cette étape est indispensable et nécessite un véritable engagement de la part du patient. Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels qui vont vous informer, vous guider, vous examiner et faire le point sur votre état de santé. L'objectif est de mettre en évidence une potentielle contre-indication et de définir le type de chirurgie le plus adapté à votre situation clinique. La période préopératoire est cruciale pour préparer l'après chirurgie, et pour permettre une réussite sur le long terme. Celle-ci nécessite diverses modifications dans votre vie quotidienne et vos habitudes. La période postopératoire sera d'autant plus sereine qu'elle aura été bien préparée !

Certaines consultations sont légalement obligatoires : diététique, psychologie/psychiatrie, chirurgie, interniste. D'autres sont conseillées, selon le contexte : pneumologie, cardiologie, kinésithérapie, sophrologie. Des examens complémentaires sont systématiquement réalisés : prise de sang complète, radiographie des poumons, échographie du foie et gastroscopie avec biopsies.

D'autres examens si nécessaire : polysomnographie, échographie cardiaque, épreuve d'effort, radiographie avec opacification digestive, etc. L'ensemble des examens complémentaires peut être réalisé en hospitalisation de 48h afin de faciliter votre organisation et vos déplacements.

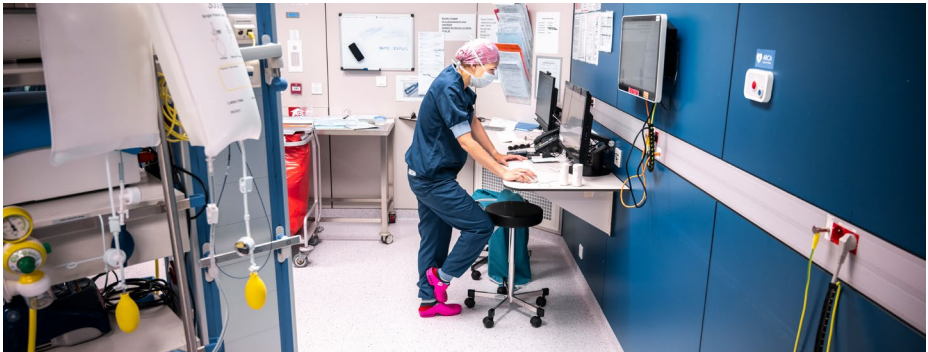
Un groupe d'accueil de patients de +/- 1h est organisé chaque mois. Il permet un moment d'information et d'échange avec l'équipe multidisciplinaire et avec d'autres patients en cours de bilan.



Vos rendez-vous

- **Chez le chirurgien** qui vous expliquera les possibilités opératoires vous concernant. Nous vous conseillons, si possible, de venir avec votre conjoint afin qu'il obtienne toutes les réponses à ses questions. Un deuxième rendez-vous est ensuite fixé en fin de bilan. Il permettra de définir avec vous la stratégie chirurgicale à la lumière du bilan qui aura été réalisé.
- **Chez le diététicien** qui vous accueillera, vous informera et répondra à vos questions. Outre ce rôle d'accompagnement, il est présent pour analyser avec vous votre comportement alimentaire. Une stratégie de changement à ce niveau sera progressivement mise en place.
Après l'intervention, le diététicien a pour mission de vous conseiller sur votre réalimentation pour éviter les carences. Afin de garantir une réussite durable, son rôle est aussi de poursuivre le travail sur le comportement alimentaire initié avant l'opération.
- **Chez l'interniste/nutritionniste.** Ce rendez-vous vise essentiellement à exclure ou à mettre en évidence une contre-indication à la chirurgie mais également à prescrire les examens complémentaires éventuels nécessaires à une mise au point complète de votre situation clinique.
- **Chez le psychiatre/psychologue.** Les consultations ont pour objectif principal d'identifier les contre-indications psychopathologiques et de distinguer un éventuel retentissement social, familial et relationnel de l'obésité. Toujours en collaboration avec le patient, ils déterminent la fonction et les composantes émotionnelles de l'alimentation.

Le suivi postopératoire est capital en raison d'un risque d'états anxio-dépressifs (20 à 45% des patients) et de difficultés relationnelles possibles au sein du couple. La perte de poids importante peut également induire des difficultés à accepter cette nouvelle image corporelle.



Vos examens

- **Prise de sang complète**
- **Echographie hépatique** : dépistage d'une stéatose hépatique (accumulation de graisse dans l'organe). Un volume de foie augmenté peut notablement compliquer le geste chirurgical. Il permet également d'exclure un éventuel calcul à la vésicule.
- **Gastroskopie et biopsies gastriques** permettent d'exclure un reflux gastro-oesophagien pathologique et la présence d'une bactérie responsable d'ulcères gastriques. Si la bactérie est présente, un traitement antibiotique préopératoire est prescrit afin de l'éradiquer.
- **Radiographie des poumons**
- **Recherche d'apnées du sommeil, polysomnographie** : selon votre index de masse corporelle, une analyse à domicile ou au laboratoire du sommeil peut vous être proposée.

Au terme du bilan, un rendez-vous chez le médecin coordinateur du centre ECHO est programmé afin de faire le point sur l'ensemble des examens réalisés lors du bilan et de valider l'absence de contre-indication.

La décision

La décision finale est prise par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire qui se réunit au terme du bilan. Celle-ci rend un avis qui peut être de trois ordres :

1. L'intervention est envisageable

Le chirurgien vous donne alors de plus amples informations sur la technique opératoire que vous aurez choisie. Il répond à vos questions. Si vous êtes décidé à vous faire opérer, une date d'intervention vous sera proposée, un rendez-vous avec un anesthésiste sera programmé et un formulaire de notification sera envoyé au médecin conseil de votre mutuelle.

Un régime préopératoire de deux semaines est systématiquement prévu afin de diminuer le volume de votre foie et de faciliter de ce fait le geste chirurgical.

2. L'intervention n'est pas envisageable pour le moment

Vous devrez vous engager dans une préparation complémentaire au terme de laquelle, l'équipe pluridisciplinaire réexaminera votre demande et rendra un nouvel avis.

Exemple : l'opération doit être préparée psychologiquement.

3. La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas

L'équipe pluridisciplinaire vous en expliquera les raisons. Elle vous proposera une autre prise en charge non chirurgicale.

L'intervention chirurgicale

En pratique

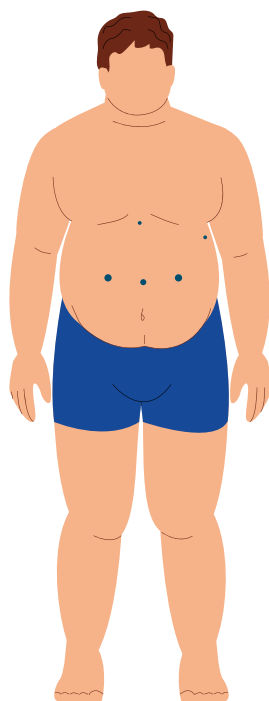
La chirurgie est réalisée sous **anesthésie générale par voie mini invasive** (Laparoscopie), via **cinq petites incisions au niveau de l'abdomen**, dans la majorité des cas. Le risque potentiel de devoir élargir l'incision (conversion) pour des raisons de sécurité existe mais il est minime.

L'hospitalisation débute le matin de l'intervention et dure entre 24 et 48 heures en moyenne.

La prise en charge périopératoire est régie par le protocole Fast-Track (ou réhabilitation rapide après chirurgie). Ce protocole met en place divers aménagements, avant (préparation, kiné), pendant (anesthésie et chirurgie) et après la chirurgie (mobilisation précoce, absence de drains ou de sondes, réalimentation précoce) dans le but de diminuer « le stress » chirurgical et de retrouver le plus rapidement possible une fonction normale.

En pratique, ceci permet souvent un retour à domicile le lendemain de l'intervention, selon certains critères strictement définis (prise de sang, paramètres vitaux, tolérance à la réalimentation).

Dans le cadre de ce protocole, si vous regagnez votre domicile le lendemain de l'intervention, vous serez recontacté par une infirmière le lendemain de votre sortie afin de s'assurer que tout se passe correctement et en toute sécurité.



Votre alimentation

Après l'intervention, vous mangez progressivement des aliments dont la consistance est modifiée : d'abord lisses, ensuite mixés enfin solides.

Pour ne pas subir de désagréments tels que des douleurs ou des vomissements, il est important de suivre les conseils diététiques.

Mangez lentement, voire très lentement : faites de petites bouchées que vous prendrez le temps de mastiquer.

Ne forcez pas et écoutez vos sensations. Le rassasiement vous indique quand arrêter de manger.

Prenez vos repas dans un endroit calme, en position assise.

Ne buvez pas en mangeant, mais hydratez-vous correctement entre les repas.

Respectez les prescriptions de compléments alimentaires afin d'éviter les carences nutritionnelles.

Faites le point régulièrement auprès de l'ÉCHO.



Après l'intervention

« *Se faire opérer, c'est s'engager* »

Le suivi

Vous devez maintenant, et pour le reste de votre vie,

- Intégrer et conserver vos nouvelles habitudes alimentaires, pratiquer une activité physique régulière et adaptée à votre situation.
- Être suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire qui a réalisé l'intervention, en liaison avec votre médecin traitant. La première année, vous rencontrerez tous les trois mois le diététicien et l'équipe de psychologie. Un bilan sanguin sera effectué pour vérifier votre état de santé. Les rendez-vous s'espaceront ensuite avec le temps en fonction de votre évolution.
- Vous serez également amené à revoir le chirurgien un mois après l'intervention. Le rythme des consultations en chirurgie sera ensuite adapté à votre évolution.

Ces rendez-vous ont pour objectifs

- d'évaluer votre perte de poids ;
- de vérifier que vous êtes en bonne santé, de repérer et de prendre en charge les éventuelles complications chirurgicales et carences nutritionnelles qui peuvent survenir très tôt après l'intervention ou plus tardivement ;
- d'adapter, si besoin, les traitements que vous prenez : certains médicaments peuvent être moins bien ou plus du tout assimilés après une intervention malabsorptive alors que d'autres peuvent ne plus être nécessaires à plus ou moins court terme grâce à l'amaigrissement obtenu ;
- de vérifier que vous vous êtes bien adapté aux nouvelles habitudes alimentaires et d'activité physique, et vous aider à résoudre les difficultés quotidiennes ;
- de dépister les éventuels problèmes psychologiques liés au changement du corps et de vous proposer alors un suivi adapté. La perte de poids modifie le corps et son apparence. Ceci 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.

Les carences

Pour prévenir les carences, vous recevrez d'office un cocktail d'oligo-éléments et de vitamines que vous ne pourrez pas arrêter sans avis médical. Systématiquement, un bilan pour contrôler la présence éventuelle de carences vous sera proposé (prise de sang). En cas de carences, il sera nécessaire de prendre d'autres suppléments (par voie orale ou parfois, par injection). Ne pas prendre ces suppléments peut aggraver vos carences nutritionnelles et conduire à des complications neurologiques graves.

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

La perte de poids

Les attentes en termes de perte de poids sont variables suivant la technique choisie. En général, l'amaigrissement est rapide les premiers mois suivant l'opération. Il ralentit ensuite pour atteindre son maximum 1 à 2 ans après l'intervention.

Au-delà, une reprise pondérale est envisageable si aucun changement comportemental n'a été mis en place. Le suivi psycho-diététique est essentiel afin d'éviter ce phénomène.

Les médicaments

Certains médicaments sont à éviter dans la mesure du possible, car ils sont toxiques pour l'estomac (aspirine, corticoïdes, anti-inflammatoires). Avant de prendre un médicament, contactez votre médecin en lui rappelant que vous avez subi une opération de chirurgie de l'obésité.

La grossesse

Il est possible d'avoir un enfant après une opération. Néanmoins, il est préférable d'attendre que la perte de poids soit stabilisée. Il est important de faire un bilan de l'état nutritionnel avant d'envisager une grossesse et d'assurer un suivi régulier jusqu'à l'accouchement. Suite à certaines interventions malabsorptives et selon votre contraception, un ajustement peut être nécessaire afin d'éviter une grossesse non désirée. Parlez-en à votre gynécologue.

Charte du patient

En entreprenant le bilan pour la chirurgie de l'obésité au CHwapi, vous vous engagez :

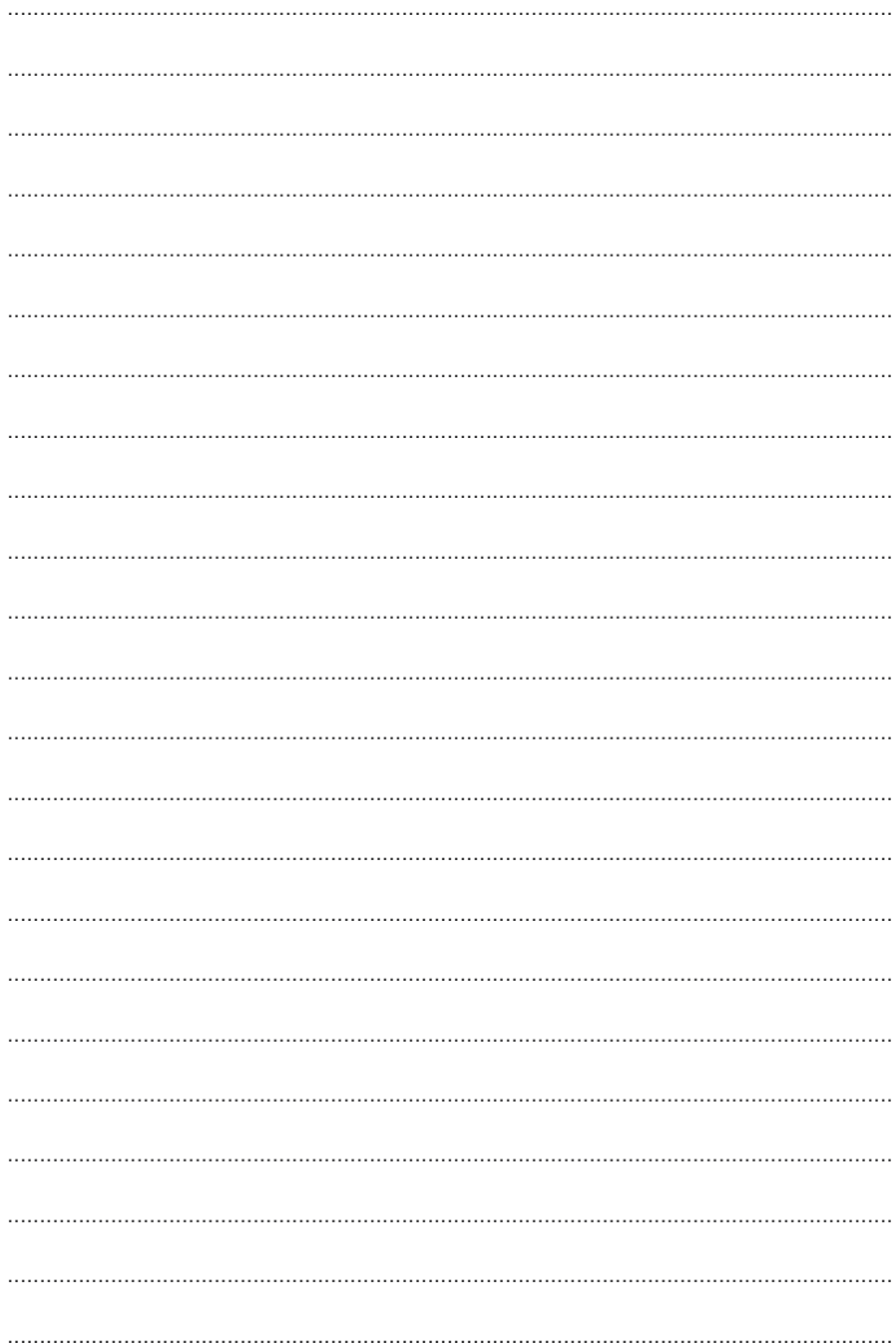
- › à arrêter de fumer au moins 6 semaines avant une éventuelle intervention ;
- › à mettre en place des changements durables dans vos habitudes de vie ;
- › à respecter vos engagements de prises de rendez-vous. A défaut de pouvoir les honorer, veuillez prévenir de votre absence suffisamment à l'avance ;
- › à continuer un suivi régulier auprès de l'ECHO après l'intervention.

La décision de vous faire opérer vous revient, de même que celle de la technique chirurgicale. Cependant, l'équipe est là pour vous guider dans ces choix, n'hésitez donc pas à lui poser toutes les questions qui vous interpellent.



Faites connaissance
avec l'Équipe de
la Chirurgie de
l'Obésité sur notre
site internet
www.chwapi.be.







Centre Hospitalier de Wallonie picarde - CHwapi ASBL

E.R. : Didier DELVAL - CHwapi ASBL - Siège social : 9, avenue Delmée - 7500 Tournai

N° ent. : 0876.107.364

Tél. : 069/333.111 - Fax : 069/258.015

www.chwapi.be | [f](#) | [in](#) | [@](#)

Équipe de la chirurgie de l'obésité (ECHO)

Service de chirurgie digestive et endocrinienne

Réf. : CHW-FI-106 Version 1 / Octobre 2024 - © Crédits photos : AdobeStock - Roger Job

Ne pas jeter sur la voie publique