

# PRISE EN CHARGE MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'OBÉSITÉ



**CARNET DE BORD :**

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

**N° ETP :**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	p.3
L'équipe du centre de l'obésité .....	p.4
<b>I- PARCOURS PRÉ-OPÉRATOIRE</b> .....	p.5
<b>A. Le déroulé de la préparation</b> .....	p. 5
<b>B. Rappels sur l'intervention chirurgicale</b> .....	p. 8
Gastroplastie par anneau modulable .....	p.9
Sleeve gastrectomie .....	p.9
Bypass gastrique en Y .....	p.10
Dérivation bilio-pancréatique .....	p.10
<b>C. Prise en charge par l'Assurance Maladie</b> .....	p.11
<b>II- PÉRIODE PÉRI-OPÉRATOIRE</b> .....	p.11
<b>A. Séjour à la clinique</b> .....	p. 11
1. Jours précédant l'hospitalisation .....	p. 11
Régime maigre .....	p.11
Tabac .....	p.15
Vos bagages .....	p.16
2. Hospitalisation .....	p.16
3. Après votre chirurgie .....	p.17
<b>B. Retour à domicile</b> .....	p.17
<b>C. Reprise des activités physiques</b> .....	p.18
<b>D. Alimentation</b> .....	p.19
<b>E. Traitements post-opératoires</b> .....	p.19
Antalgiques .....	p.19
Anticoagulation .....	p.19
Inhibiteurs de la Pompe à Proton .....	p.20
Traitement du diabète .....	p.20
Traitement anti-hypertenseur .....	p.20
Supplémentation vitaminique .....	p.20
<b>F. Plaies opératoires</b> .....	p.20
<b>G. Surveillance</b> .....	p.21
Post-opératoire normale .....	p.21
Signes d'alerte .....	p.21
1. Douleurs et autres signes généraux .....	p.21
2. Difficultés à s'alimenter .....	p.22

3. Vomissements .....	p.22
4. Régurgitation ou reflux .....	p.22
5. Nausées et mauvais goût dans la bouche .....	p.22
6. Constipation .....	p.23
7. Diarrhées .....	p.23
8. Gaz nauséabonds, ballonnements .....	p.23
9. Dumping syndrome .....	p.23
10. Hypoglycémies réactionnelles .....	p.24
11. Tension artérielle trop basse .....	p.24
<b>H. Retour à la vie active</b> .....	p.24
Activités physiques .....	p.24
Sexualité, contraception, grossesse .....	p.25
Aspects psychologiques .....	p.25
Retour au travail .....	p.25
<b>III- SUIVI POST-OPÉRATOIRE</b> .....	p.25
<b>A. Suivi médical</b> .....	p.25
<b>B. Perte de poids</b> .....	p.28
<b>C. Maintien du poids</b> .....	p.29
<b>D. Evolution des co-morbidités</b> .....	p.30
<b>E. Vitamines</b> .....	p.31
<b>F. Perte de cheveux</b> .....	p.31
<b>G. Chirurgie réparatrice</b> .....	p.31
<b>H. Complications tardives</b> .....	p.32
<b>I. Ramadan</b> .....	p.31
<b>IV - SUPPORTS ET AIDES</b> .....	p.32
<b>A. Numéros utiles</b> .....	p.32
<b>B. Ressources internet</b> .....	p.32
<b>V- MES RENDEZ-VOUS AVANT L'INTERVENTION</b> .....	p.34
<b>VI- MES RENDEZ-VOUS APRÈS L'INTERVENTION</b> .....	p.35
<b>VII- MES QUESTIONS</b> .....	p.36
<b>VIII- CONCLUSION</b> .....	p.36
Conseil d'alimentation post-opératoire .....	p.37
Enrichir son alimentation en protéines après une chirurgie de l'obésité .....	p.41

## INTRODUCTION

Vous avez probablement déjà essayé plusieurs fois de maigrir mais votre poids continue de vous poser un problème de santé.

Si vous entrez dans les critères d'inclusion, la chirurgie de l'obésité (appelée aussi chirurgie bariatrique), à condition qu'elle soit bien préparée, peut être un « accélérateur » de perte de poids et vous permettre d'atteindre un poids plus propice à votre santé et à votre bien être.

Il est essentiel de souligner que l'obésité est une maladie chronique et que le succès sur le long terme de votre projet dépendra surtout de votre capacité à maintenir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée. Equilibre alimentaire et activité physique représentent, ensemble avec la chirurgie, les trois piliers du succès de votre projet.

Le parcours de chirurgie bariatrique se divise en 3 étapes :

- ✓ La préparation pré-opératoire (d'une durée minimale de 6 mois),
- ✓ L'hospitalisation pour l'intervention chirurgicale,
- ✓ Le suivi post-opératoire indispensable à vie ...

Un parcours coordonné et personnalisé vous est proposé au Centre De l'Obésité (CDO) de la clinique des Cèdres à Cornebarrieu (31).

Il a été créé pour répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le parcours de soins de chirurgie de l'obésité.

L'histoire de votre obésité, de ses causes et conséquences est longue et complexe. Tout cela se doit d'être évalué avant de vous préparer à cette chirurgie. Une évaluation globale et pluridisciplinaire de votre obésité est indispensable.

En parallèle, une préparation pluridisciplinaire aura pour objectif de vous donner les clés pour une chirurgie efficace : connaissance à travers l'éducation thérapeutique et les suivis individuels par différents intervenants : chirurgien, médecin nutritionniste, diététicien(ne), psychologue, enseignant en Activités Physiques Adaptées (APA) et Infirmière.

A l'issue de cette préparation, l'indication opératoire est validée par tous les intervenants de votre prise en charge en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Une date d'hospitalisation pour votre intervention vous est alors proposée.

Immédiatement après cette intervention, un suivi pluri-professionnel, dont vous serez le principal acteur, sera mis en place.

Ce document a pour objectif de vous aider dans toutes les étapes de votre projet. Il contient de nombreuses informations, mais reste probablement incomplet. Toute l'équipe du CDO reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

**L'équipe de Centre de l'Obésité de la clinique des Cèdres**

## L'ÉQUIPE DU CENTRE DE L'OBÉSITÉ

### ► UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

#### MÉDECINS NUTRITIONNISTES

Dr BOUDRIE Hubert  
Dr HAMID Celine  
Dr VAN HAVERBEKE Olivier

#### CHIRURGIENS

Dr JUGLARD Gildas  
Dr LIAGRE Arnaud  
Dr MARTINI Francesco

#### PSYCHIATRES

Dr CALONGE Julie  
Dr SIMONET Fabrice

#### PSYCHOLOGUES

Mme CHAVATTE Valentine  
Mme GARNIER Lauriane  
Mme SCREMIN Anaïs  
Mme SIBADE Audrey

#### DIÉTÉTICIEN(NE)S

Mr ALCARAZ Yoann  
Mr GIDOIN Thomas  
Mme PROVINS Marie  
Mme SILLIERES Marion

#### INFIRMIÈRE COORDINATRICE

Mme MATHES Fabienne

#### ENSEIGNANTS EN ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES (APA)

M ALCARAZ Yoann  
Mr GIDOIN Thomas

### ► EN COORDINATION AVEC LES :

#### ✓ MÉDECINS SPÉCIALISTES :

Cardiologues, Pneumologues, Anesthésistes, Hépatogastro-entérologues, ...

#### ✓ UNITÉS DE SOINS DE LA CLINIQUE :

Médecine, Chirurgie, Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Psychiatrie

### ► UN SECRÉTARIAT POUR L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE :

✓ Organisation des rendez-vous groupés sur un seul site pour les médecins nutritionnistes, diététicien(ne)s, psychologues, psychiatres, l'infirmière coordinatrice et les bilans

✓ **PRISE DE RDV** sur <https://www.doctolib.fr/cabinet-pluridisciplinaire/cornebarrieu/cdo-centre-pluridisciplinaire-de-traitement-de-l-obesite-toulouse>

#### VOUS POUVEZ NOUS JOINDRE :

- o Centre de l'Obésité : 05 62 13 33 32 / [ced-etp-cdo@capio.fr](mailto:ced-etp-cdo@capio.fr)
- o Secrétariat de Chirurgie : 05 62 13 31 70
- o En cas d'urgence en dehors des ouvertures du service : 15

# I - PARCOURS PRÉ-OPÉRATOIRE

La préparation pré-opératoire est une phase essentielle de votre parcours.

Elle a pour objectif de :

- ✓ **Comprendre** la maladie de l'obésité
- ✓ Faire un **bilan médical complet** et traiter les éventuelles maladies associées afin de réduire le risque de la chirurgie
- ✓ Equilibrer l'**alimentation** et démarrer une **activité physique adaptée**
- ✓ **Connaitre et comprendre l'après chirurgie** : les bénéfices, les complications, l'adaptation aux traitements, le mode de vie et le suivi après chirurgie
- ✓ **Évaluer la faisabilité** de la chirurgie bariatrique

## A. LE DÉROULÉ DE LA PRÉPARATION

Le déroulé de la préparation de 6 à 12 mois se comporte ainsi :

**1**

Première consultation « d'inclusion » pour vérifier si l'indication à cette chirurgie est justifiée, expliquer et mettre en place le parcours de soins, expliquer les techniques chirurgicales

**2**

Suivi pluridisciplinaire (le nombre de consultation peut être adapté en fonction du travail à effectuer) en hospitalisation de jour et en consultations externes

- ▶ Une journée pluridisciplinaire organisée en Hospitalisation de Jour « B0 » d'évaluation de l'obésité (RDV Infirmière, médecin nutritionniste, diététicien(ne), psychologue, enseignant en activités physiques adaptées, groupés sur une demi-journée)
- ▶ Suivi individuel diététique, nutritionnel et psychologique

**3**

Education Thérapeutique Préopératoire pour renforcer vos connaissances autour de la chirurgie et de votre prise en charge médicale, mais aussi de la diététique, de la psychologie, de l'activité physique

Le centre de l'obésité vous propose de réaliser cette étape en ligne à travers des vidéos réalisées par les différents intervenants du CDO.

- ✓ Connectez-vous sur le lien suivant :

<https://clinique-cedres-toulouse.ramsaysante.fr/actualites/etp-avant-ma-chirurgie-bariatrique-en-ligne>



- ✓ Visionnez l'ensemble des vidéos en une ou plusieurs fois selon votre convenance, depuis chez vous
- ✓ Remplissez le quiz final afin d'évaluer vos acquis dans le cadre de la préparation à votre chirurgie (n'oubliez pas de renseigner le code patient qui vous sera communiqué par le secrétariat)
- ✓ Envoyez-le à l'adresse mail : [ced-etp-cdo@capio.fr](mailto:ced-etp-cdo@capio.fr)
- ✓ Emmenez-le également lors de vos prochaines consultations

## 4

Un bilan de santé médical en hospitalisation de jour « B1 » et « B2 » sur 2 journées, comprenant :

- ▶ Bilan nutritionnel par le médecin nutritionniste avec une prise de sang et si besoin, une consultation endocrinologue/diabétologue
- ▶ Bilan cardiologique
- ▶ Bilan pneumologique +/- dépistage apnée du sommeil
- ▶ Gastroskopie (on avale un petit tuyau muni d'une caméra) sous anesthésie pour vérifier l'aspect de l'estomac et rechercher la présence d'Helicobacter Pylori (bactérie souvent présente dans l'estomac qu'il faut traiter avant une chirurgie de l'obésité)
- ▶ Une échographie du foie pour dépister un excès du gras dans le foie (stéatose) ou des calculs dans la vésicule biliaire peut vous être prescrite en externe
- ▶ Bilan psychiatrique qui sert à évaluer votre implication dans le parcours et/ou des problèmes psychologiques nécessitant d'une prise en charge spécifique
- ▶ Bilan dentaire avec radio des dents, pour vérifier la capacité de mastication
- ▶ Consultation anesthésiste

## 5

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, qui permet :

- ▶ de valider la chirurgie
- ▶ de la reporter ou de la contre-indiquer

## 6

Consultation de synthèse avec le chirurgien pour discuter de la technique chirurgicale choisie et programmer la date opératoire

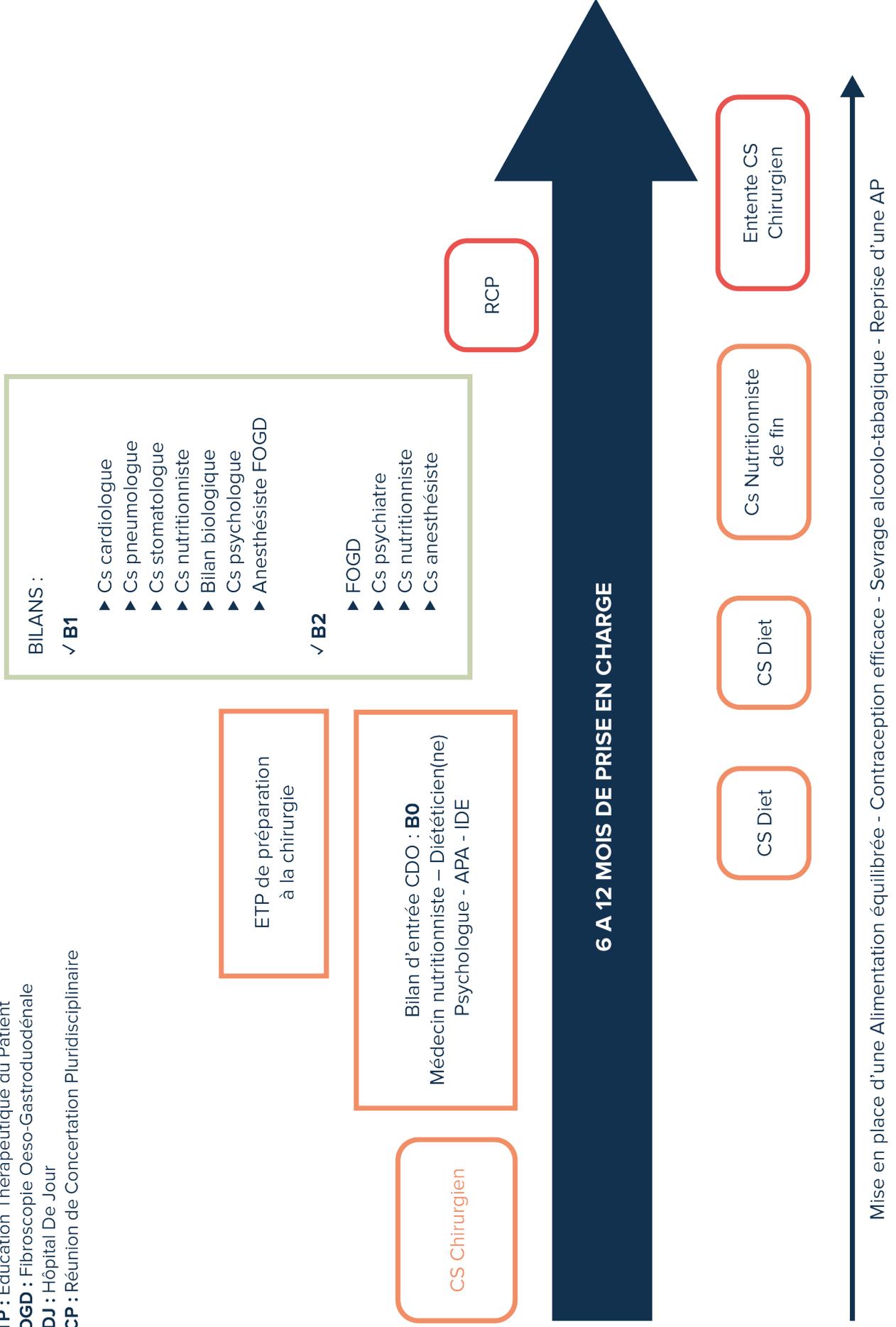
...et il ne faut pas oublier :

- ✓ Votre médecin traitant, pour son rôle central d'accompagnement et de lien avec l'équipe du centre
- ✓ Les associations des patients (ex. Groupe Facebook « nouvelle vie ») qui vous permettent d'échanger avec d'autres patients, déjà opérés ou engagés dans le parcours, autour de votre ou de leur expérience

# PARCOURS PRÉ-OPÉRATOIRE DES CÈDRES

## Légende :

- CS** : Consultation
- ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- FOGD** : Fibroscopie Oeso-Gastroduodénale
- HDJ** : Hôpital De Jour
- RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire



## B. RAPPELS SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Elle est expliquée par votre chirurgien en début de parcours.

Quatre interventions principales peuvent vous être proposées, reconnues par la Haute Autorité de Santé (HAS) : l'Anneau gastrique ajustable, la Sleeve gastrectomie ou Gastrectomie longitudinale, le By-Pass gastrique et la Dérivation bilio-pancréatique.

Toutes ces interventions sont réalisées par coelioscopie sauf cas particuliers.

Il n'y a pas de « meilleure » intervention, chacune a ses avantages et ses inconvénients ainsi que ses complications.

Nous attirons d'emblée votre attention sur le fait que le choix entre telle ou telle intervention ne se fera qu'en fonction de votre **profil d'obésité**.

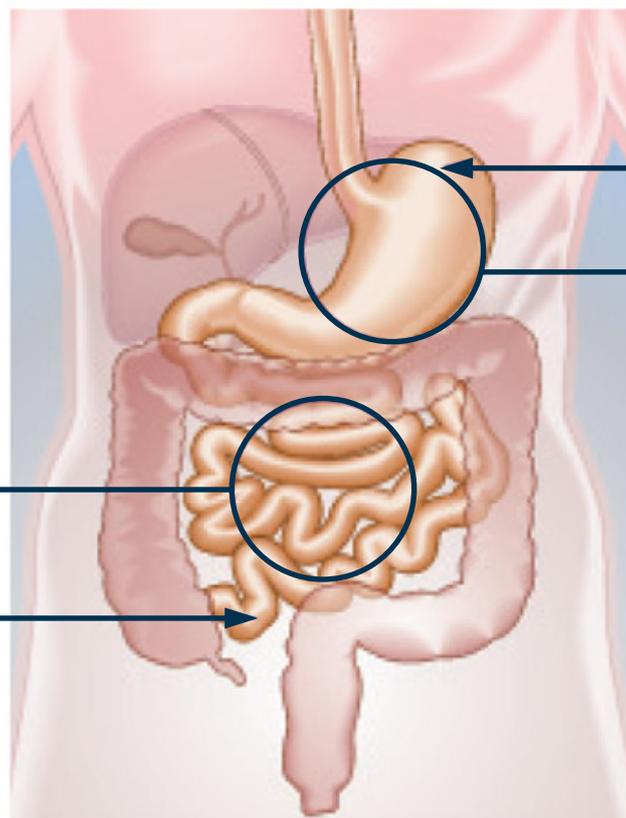
Il existe deux mécanismes principaux pour induire chirurgicalement une perte pondérale :

- ✓ La **restriction** (réduction de la taille de l'estomac) qui induit un changement du comportement alimentaire par réduction du volume alimentaire. C'est un mécanisme commun à toutes les interventions.
- ✓ La **malabsorption** ou baisse de la digestion des aliments qui s'ajoute à la restriction lorsqu'on réalise un By-Pass gastrique ou une Dérivation bilio pancréatique.

### MALABSORPTION :

✓ Une partie de l'intestin est court-circuitée : Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle où seule une fraction des aliments est assimilée

### INTESTIN GRÊLE



### ESTOMAC

### RESTRICTION :

✓ La quantité d'aliments ingérés est réduite : La sensation de satiété apparaît plus rapidement

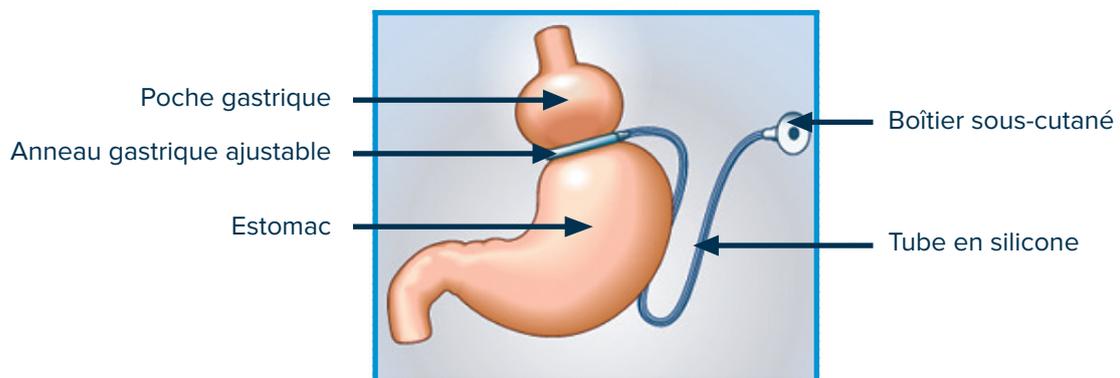
## GASTROPLASTIE PAR ANNEAU MODULABLE

C'est l'intervention que nous avons réalisée en premier car c'est la plus simple :

- ✓ Mise en place d'un **anneau à la partie supérieure de l'estomac** que l'on peut régler pour diminuer le volume de l'estomac supérieur réalisant ainsi une restriction
- ✓ Le volume est estimé à **50 ml**
- ✓ Le temps d'intervention est de **30 minutes**
- ✓ Il est possible de **régler à distance** par le biais du boîtier, en consultation et sous contrôle radiologique, le serrage et donc l'intensité de la restriction

En cas de problème l'anneau est complètement desserré voire enlevé sous coelioscopie.

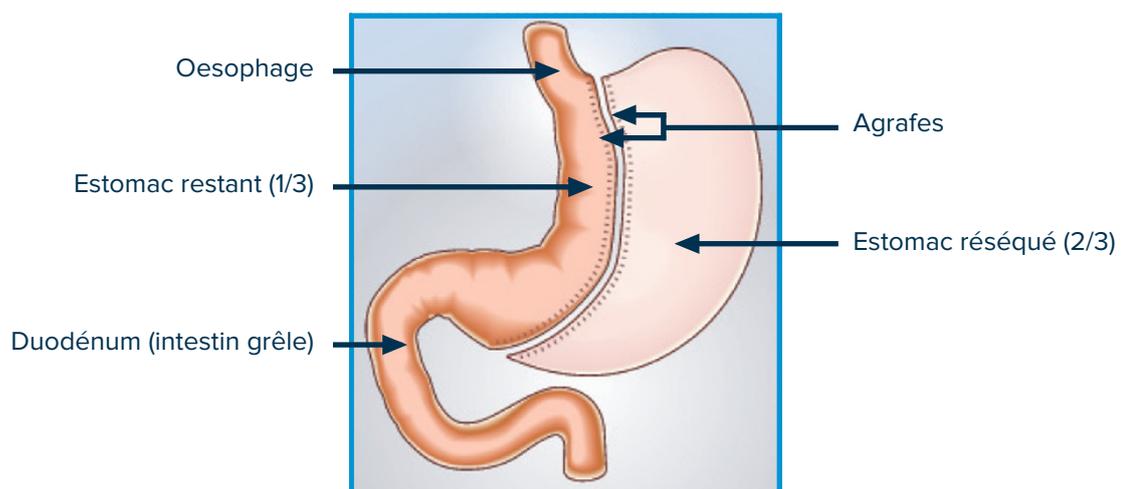
C'est la technique qui entraîne le plus de contraintes en terme de consultations en post-opératoire.



## SLEEVE GASTRECTOMIE

- ✓ Intervention qui consiste à réaliser une restriction en réduisant la taille de l'estomac par résection des deux-tiers de cet estomac
- ✓ L'estomac est sectionné de haut en bas permettant la réalisation d'un tube (Sleeve) qui fait environ 100ml, ce qui va limiter la quantité alimentaire ingérée
- ✓ Le temps opératoire est de 40 minutes dans un centre spécialisé

Cette intervention a les mêmes résultats en terme de perte pondérale que l'anneau de gastroplastie mais est moins contraignante en terme de nombre de consultations du fait de l'absence de nécessité de réglage.



## BY-PASS GASTRIQUE EN Y

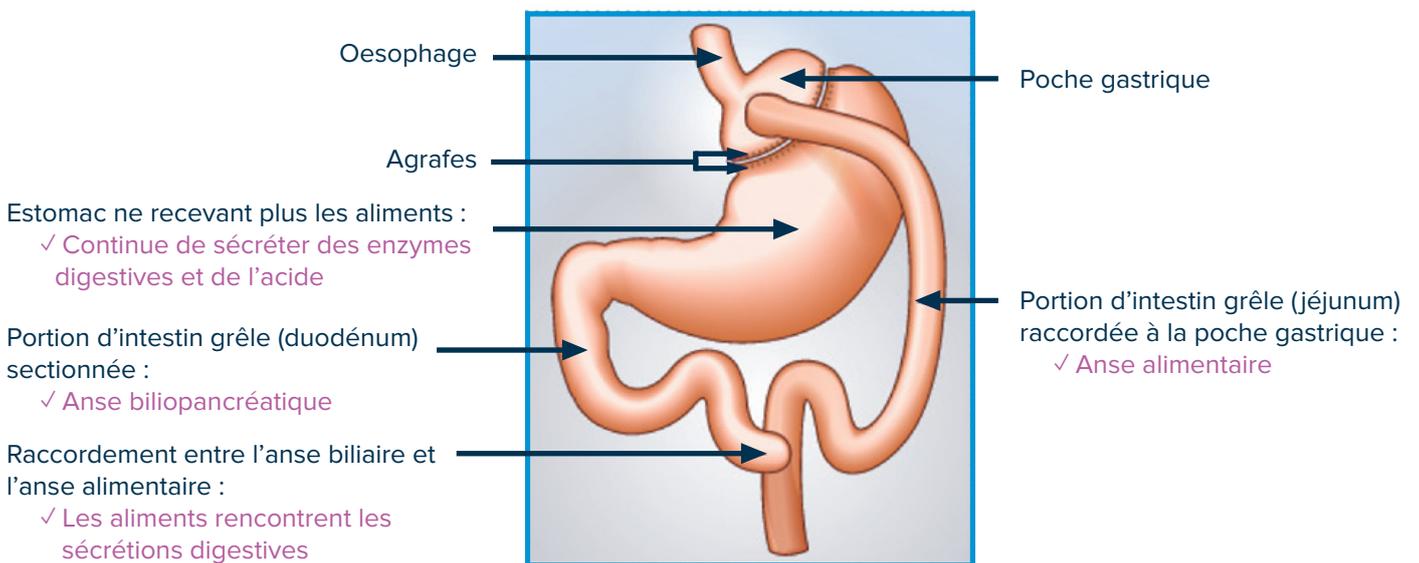
Le By-Pass gastrique est plus complexe à réaliser mais pas plus « lourd » car dans un centre spécialisé la durée opératoire est d'environ 50 minutes.

Le principe est d'associer restriction et malabsorption.

On sépare l'estomac en deux parties :

- ✓ une partie supérieure de 50ml dite estomac alimentaire et qui va fonctionner comme une Sleeve gastrectomie
- ✓ une partie exclue mais laissée en place qui continuera de fonctionner normalement

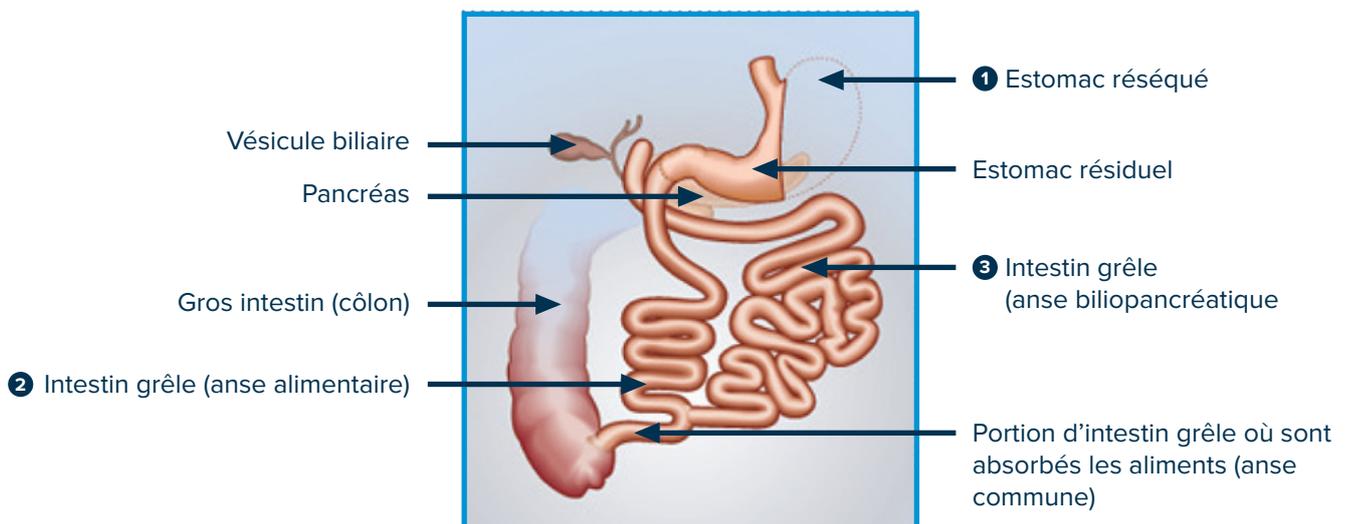
L'estomac alimentaire va être suturé sur une anse d'intestin grêle mesurée à 1.50m, permettant le passage des aliments en court-circuitant (By-Pass) la partie supérieure du système digestif, ce qui va en diminuer les capacités digestives notamment sur les graisses et les sucres. C'est ce que l'on appelle la malabsorption, effet qui va se rajouter à la restriction, c'est donc une technique plus efficace.



## DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE

C'est un « super By-Pass gastrique » qui diminue encore plus les capacités digestives.

C'est l'intervention la plus lourde et elle est réservée aux patients porteurs d'un IMC supérieur à 60.



## C. PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Au terme de votre parcours de préparation, le choix de l'intervention est arrêté lors de la dernière consultation chirurgicale.

Cet acte de chirurgie de l'obésité est soumis à une entente préalable de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire que la Sécurité Sociale donne son accord, après avoir vérifié que les recommandations ont bien été suivies (indication, bilan, préparation...), pour que votre opération soit prise en charge.

Nous nous occuperons, après signature de votre consentement, de cette démarche auprès de votre organisme en charge de votre Assurance Maladie (CPAM, MSA...).

Le délai de réponse est au minimum de 15 jours à partir de la réception de la demande.

Une convocation auprès d'un médecin conseil de l'assurance maladie peut parfois vous être demandée.

## II - PÉRIODE PÉRI-OPÉRATOIRE

### A. SÉJOUR À LA CLINIQUE

#### ► JOURS PRÉCÉDANT L'HOSPITALISATION

##### 1. RÉGIME MAIGRE

Arrivé à ce stade de votre préparation, les consultations avec le diététicien(ne) vous ont permis de mettre en place de bonnes habitudes alimentaires, à savoir : éliminer les boissons gazeuses, consommer les boissons en dehors des repas, manger lentement, bien mastiquer...

Une prise de poids significative avant la chirurgie est une contre-indication à ce que vous soyez opéré car étant considérée comme le reflet d'un comportement alimentaire non adapté.

En fonction de votre Indice de Masse Corporelle (IMC) et de la taille de votre foie, un régime pré-opératoire peut vous être proposé, à respecter pendant les 7 à 10 jours qui précèdent l'intervention.

Celui-ci n'a pas pour objectif de faire obligatoirement diminuer votre poids mais de réduire le volume de votre foie et de la masse graisseuse située autour des intestins afin de faciliter la chirurgie.

Si vous êtes diabétique, ce régime devra être adapté avec votre diététicien(ne) afin de ne pas risquer d'hypoglycémies sévères. De même, en cas de diabète, un contrôle biologique récent, de moins de 3 mois, par dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) vous sera proposé pour vérifier le bon équilibre de votre diabète.

## CONSEILS DIETETIQUES AVANT L'INTERVENTION

✓ Fractionner votre alimentation :

Prendre vos 3 repas habituels et rajouter 2 collations par jour, cela vous permet de mieux gérer votre appétit (éviter les fringales qui entraînent du grignotage) et limiter le volume des repas (surtout après la chirurgie)

✓ Manger lentement et bien mastiquer pour mieux ressentir vos sensations alimentaires :

Le repas doit durer au moins 30 minutes.

Ne pas chercher à finir votre assiette.

✓ Supprimer les sucres purs et les produits sucrés

✓ Limiter les matières grasses ajoutées (1 CàS maximum par repas) (huiles d'olive, de tournesol et de colza uniquement) et les aliments gras (cf. liste ci-dessous)

✓ Privilégier la cuisson vapeur, à l'étouffée, au court-bouillon, au grill, papillote sans ajout d'huile ou de beurre.

Pour relever la saveur, vous pouvez utiliser les épices et aromates (mais pas de sauces d'accompagnement type mayonnaise, ketchup, moutarde...)

✓ Privilégier les légumes verts, la consommation de féculents et de pain sera très limitée (cf répartition alimentaire)

✓ Pour un apport suffisant en protéines, manger 1 part de viande/poisson/œufs par repas et favoriser les laitages en collations si vous en ressentez le besoin

✓ Ne consommer que 2 fruits par jour

✓ Buvez suffisamment :

Privilégier l'eau plate (pas de gazeux) ou thé, café, tisane sans sucre, en buvant entre les repas régulièrement par de petites gorgées.

✓ Diminuer les index glycémiques pour améliorer la satiété et favoriser les légumineuses, féculents complets, fruits oléagineux (30g/ jour maximum)

✓ Mettez en place une activité physique d'endurance



## ALIMENTS À SUPPRIMER :

### ✓ Les boissons sucrées :

sirop, jus de fruits, sodas, limonade...

### ✓ Les aliments sucrés et gras :

bonbons, pâte à tartiner, pâtisseries, biscuits, chocolat, glaces, fruits secs type pruneaux, dattes, figues, chips, biscuits apéritifs, fromage ...

### ✓ Les matières grasses d'assaisonnement :

beurre, crème fraîche, huiles de coco, arachide, ...

### ✓ Les préparations contenant beaucoup d'huile :

aliments à l'huile en conserve, aliments panés ou frits, confits, pizzas, hamburgers, kébab, plats préparés du commerce...

### ✓ La charcuterie et les abats

(sauf le jambon blanc et le foie de volaille, veau, lapin, génisse)

✓ Les boissons alcoolisées y compris boissons sans alcool à cause du sucre rajouté



## ALIMENTS AUTORISÉS :

✓ Yaourt ou fromage blanc nature à 0% matière grasse sans sucre ajouté

✓ Fruits crus sans sucre ajouté (2 portions par jour)

✓ Légumes verts, favoriser les crudités et choisir les matières grasses

✓ Viandes maigres, poissons ou œufs cuits sans ajout de matière grasse

✓ Féculents cuits à l'eau ou à la vapeur : légumes secs au naturel (lentilles, pois chiche, haricots rouges, haricots blancs, flageolets...), pommes de terre, pâtes complètes, riz complet, semoule, mélange de céréales,



## A TITRE INDICATIF, RÉPARTITION ALIMENTAIRE JOURNALIÈRE DU REGIME PRÉ-OPERATOIRE

Si vous ressentez trop la faim : possibilité de consommer en plus du laitage sans sucre ajoutés

PETIT DÉJEUNER	COLLATION	GOÛTER
Café, thé, tisane sans sucre		
2 wasa ou 30g de flocons d'avoine		
1 laitage sans sucre ajoutés ou un verre de lait	Un laitage sans sucre ajoutés ou un fruit	Un laitage sans sucre ajoutés ou un fruit

	DÉJEUNER	DÎNER
<p><b>LÉGUMES VERTS :</b></p> <p>haricots verts, carottes, panais, aubergines, poivrons, chou, céleris, brocolis, betteraves, asperges, tomates, courgettes, endives, salades, fenouils, radis, salsifis, oseille, épinards, concombres, blettes, navets, potirons, citrouilles, poireaux, ... Hors avocats</p>	1 assiette	1 assiette
<p><b>FÉCULENTS :</b></p> <p>légumes secs au naturel (lentilles, pois chiche, haricots rouges, haricots blancs, flageolets...), pommes de terre, pâtes complètes, riz complets, semoule, mélange de céréales, quinoa, patates douce</p>	100g cuits soit environ 4 CàS ou 40g de pain	100g cuits soit environ 4 CàS ou 40g de pain
<p><b>VIANDES MAIGRES OU ÉQUIVALENTS :</b></p> <p>Préférer les viandes blanches : volaille sans la peau, lapin, filet de porc, jambon blanc dégraissé, steak haché 5% de MG, cheval...</p> <p>Œufs, poissons blancs, crustacés</p> <p>Éviter le mouton, poitrine ou échine de porc, entrecôte et côte de bœuf, saucisse, charcuteries, ...</p>	100 g	50 - 100 g
<p><b>PRODUITS LAITIERS :</b></p> <p>Yaourts naturels, yaourts sans sucres ajoutés, fromages blanc à 0% de MG,</p>	/	/

<p>Fruits crus de préférence (150g = 1 fruit) ou compotes sans sucres ajoutés</p> <p>Pommes, poires, pêches, brugnons, melons, pastèques, oranges, mandarines, ½ pamplemousse, 2 tranche d’ananas frais, kiwis, abricots, mandarines, clémentines, prunes, fraises, fruits rouges, bananes, cerises, raisins, figues, kakis, ...</p>	1	1
--	---	---

En cas de difficulté, vous pouvez joindre le/la diététicien(ne) en charge de votre préparation.

## 2. TABAC

Le tabac représente le premier facteur de risque pour cancer et maladies cardiovasculaires, le deuxième étant l’obésité.

Si on décide de démarrer le parcours préopératoire pour « **changer de vie** », ça peut être la bonne occasion pour arrêter de fumer. D’autant plus que le tabac peut avoir (parmi tous les autres effets négatifs sur votre santé) des effets néfastes après votre intervention.

En fait, le tabac favorise la survenue de complications respiratoires (infection, encombrement...), cardiaques mais surtout retarde la cicatrisation des plaies en augmentant de 10 fois les risques de fuite au niveau des coutures.

A distance, il expose à un risque plus élevé d’ulcère sur la suture entre l’estomac et l’intestin (anastomose gastro-jéjunale).

Il est donc vivement conseillé d’arrêter de fumer 6 semaines avant l’intervention au moins.

L’arrêt du tabac moins de 6 semaines avant la chirurgie est contre-productif car crée une hyperréactivité bronchique qui vous fait courir des risques lors de l’intubation pour l’anesthésie générale.

Vous pouvez être aidé dans votre démarche en prenant contact avec l’unité de sevrage tabagique de la clinique des Cèdres.



Numéro de tel : 05.62.13.32.03

Mail : [ced-tabacologie@capio.fr](mailto:ced-tabacologie@capio.fr)

Autre mail : [www.tabacologie-toulouse.com](http://www.tabacologie-toulouse.com)

RDV sur Doctolib : Dr Balester-Mouret

### 3. VOS BAGAGES

#### Prévoyez dans vos bagages :

- ✓ Vos affaires de toilette,
- ✓ Des vêtements de nuit,
- ✓ Des chaussons,
- ✓ Votre CPAP ou BiPAP si vous êtes appareillé(e) pour vos apnées du sommeil,
- ✓ Vos médicaments ou au moins la liste,
- ✓ Vos lunettes, étui,
- ✓ Votre accessoire d'aide à la marche si nécessaire,
- ✓ Les chaussettes ou bas de contention prescrits lors de la consultation d'anesthésie,
- ✓ Des serviettes hygiéniques en fonction.

#### N'EMMENEZ PAS D'OBJET DE VALEUR :

 Nous vous rappelons qu'il est conseillé de

## NE PAS APPORTER

 **DE BIJOUX**

 **D'OBJETS DE VALEUR**

 **D'ESPÈCES**

Le contrôle des allées et venues de toutes les personnes au sein de notre établissement demande une vigilance de tous

### ► HOSPITALISATION

Vous serez admis la veille ou le matin de votre intervention. L'horaire (en début d'après-midi généralement) et le lieu vous seront précisés par le secrétariat.

Dès votre arrivée, vous remplirez toutes les formalités administratives (désignation de la personne de confiance, recueil de données, inventaire, etc...).

Vous recevrez ensuite la visite de l'anesthésiste du service qui fixera les derniers détails avant l'intervention (traitements à prendre, heure de début du jeûne...). Vous aurez aussi la visite du chirurgien et du/de la diététicien(ne) qui répondront à vos dernières questions. Vous aurez une réunion de groupe au sein du CDO avec un(e) diététicien(ne) et vous aurez la possibilité de prendre rendez-vous pour une téléconsultation diététique selon vos besoins.

**Pensez à leur signaler la moindre anomalie ou changement depuis votre dernière consultation (modification de traitement, maladie récente...).**

L'infirmière peut être amenée à vous prélever un bilan sanguin comprenant notamment un test de grossesse si vous êtes une femme en âge de procréer. Les aides-soignants vous aideront ensuite pour le protocole de préparation cutanée (rasage, douche au savon doux...) et vous pèseront.

Aucun maquillage, vernis à ongle, bijou, piercing n'est permis en salle de bloc opératoire.

Le matin de l'intervention, pensez à laisser vos lunettes, retirer vos prothèses dentaires et mettre les bas de contention. Vous serez ensuite accompagné en brancard en salle d'opération.

## ► APRÈS VOTRE CHIRURGIE

Vous êtes ensuite conduit en salle de réveil pour une période de 2 heures au minimum. Vous regagnez alors votre chambre ou les soins intensifs en fonction de ce qui avait été convenu lors de la consultation d'anesthésie.

Ne soyez pas inquiet vis-à-vis des appareils qui vous entourent, de la perfusion et autres tuyaux. Ils permettent de vous surveiller en post-opératoire et de vous administrer les traitements adéquats.

Après votre intervention, l'administration des traitements contre la douleur dépendra de vos besoins. Ceux-ci seront évalués sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur, 10 étant la douleur maximale imaginable. Il faudra donc solliciter l'équipe soignante pour adapter au mieux votre traitement en fonction de vos symptômes. Il en est de même pour tous les inconforts potentiels (nausées, intolérance médicamenteuse...).

Sauf cas particulier, la réalimentation débute quelques heures après votre intervention. Celle-ci est progressive selon un protocole que nous avons établi. Le premier soir, vous serez autorisé à boire de l'eau claire puis l'alimentation sera progressivement élargie.

Le premier lever dépend de l'heure de votre sortie du bloc, généralement 6 heures après votre réveil. Vous pourrez prendre une douche dès le lendemain de votre opération.

L'équipe soignante vous sollicitera pour aller au fauteuil le plus souvent possible, marcher, etc...

Un drain abdominal peut exceptionnellement être laissé en place au moment de votre chirurgie. Il permet de surveiller l'absence de saignement intra-abdominal, d'évacuer certains épanchements. Il n'est pas systématique. Il est retiré en fonction de son aspect et débit à partir du 1er jour post-opératoire.

Sauf cas particulier, il n'y a pas de sonde naso-gastrique après l'intervention.

La durée de votre séjour est de 1 à 3 jours après l'intervention, parfois plus en fonction du type de chirurgie, notamment en cas de reprise chirurgicale. De même, ce séjour peut être prolongé en cas de complication de l'anesthésie ou de la chirurgie.

## B. RETOUR À DOMICILE

Il sera possible de bénéficier d'un VSL (Véhicule Sanitaire Léger) si personne dans votre entourage ne peut vous accompagner pour votre retour à domicile.

Les sorties du service se font généralement en fin de matinée.



Prévoyez de ne pas être seul(e) dans la semaine après votre retour à la maison.

Il faut également anticiper une aide pour faire vos courses, le ménage et la préparation de vos repas dans les 3 premières semaines.



Dès votre sortie du service, assurez-vous que les rendez-vous post-opératoires sont bien pris, avec le chirurgien 1 mois après l'intervention, avec le nutritionniste ou endocrinologue, avec le/la diététicien(ne) et la psychologue 3 mois après l'intervention.

Vous pourrez consigner les dates et heures des rendez-vous en fin de carnet (cf. chapitre 8).

## C. REPRISE DES ACTIVITÉS

Dès que possible, vous pouvez reprendre vos activités quotidiennes normales (marche, petites courses, conduite...). Veillez à ne pas porter des charges supérieures à 5 à 6 Kg (1 pack de lait) avant la fin de la troisième semaine post-opératoire.

La conduite est interdite si vous prenez des antalgiques plus forts que le PARACETAMOL car ils peuvent altérer votre vigilance (TRAMADOL, ...).

Après un délai d'un mois, après lequel la cicatrisation et la solidité des orifices de coelioscopie sont considérées comme acquises, vous devez reprendre des activités physiques et sportives.

L'objectif est d'arriver à la pratique de 30 à 45 minutes par jour d'activités physiques. Le choix du type d'activité dépend de vous, de vos envies, de votre motivation et des conditions qui vous entourent (accès à une salle de sport, équipements communaux...). Il faut limiter les sports de contacts/combats, ports de charges lourdes et abdominaux concentriques pendant un mois de plus. et favoriser une activité de loisir et privilégier le plaisir de la pratique.

### LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES RÉGULIÈRES A PLUSIEURS OBJECTIFS :

- ✓ **Augmenter les dépenses caloriques** et ainsi potentialiser votre perte de poids
- ✓ **Eviter la perte de masse musculaire.** En effet, votre corps, limité en apports alimentaires va puiser dans vos réserves. L'utilisation de vos muscles est une façon plus « économique » pour votre corps d'y parvenir que de puiser dans les graisses. Montrez-lui que vous avez besoin de vos muscles
- ✓ **Améliorer l'équilibre glycémique** en utilisant le sucre contenu dans le sang et en favorisant l'action de l'insuline produite par le pancréas
- ✓ **Eviter les effets néfastes des graisses circulantes** qui vont être libérées en quantité dans le sang durant la phase initiale d'amaigrissement
- ✓ **Améliorer la tolérance à l'effort**
- ✓ **Maintenir un capital osseux,**
- ✓ **Réduire le stress et l'anxiété.**
- ✓ **Limiter la fatigue** post-opératoire et améliorer le confort de vie



Respectez votre corps et mettez en place ces activités progressivement, le plus important étant sans doute la régularité.

Une ceinture abdominale peut vous être prescrite, que vous pourrez commencer à porter dès la reprise des activités physiques, après la 3ème semaine. Elle a pour objectif de maintenir la sangle abdominale pour faciliter les efforts. Sa prescription n'est pas systématique et dépend de l'importance de votre abdomen. Elle est fabriquée après prise de vos mensurations en pharmacie agréée pour l'orthopédie. N'hésitez pas à en parler à votre chirurgien.

## D. ALIMENTATION

Lors de votre hospitalisation, vous bénéficierez d'une réunion diététique de groupe. vous recevrez la visite de notre diététicien(ne). Il/elle vous donnera les conseils d'alimentation pour les premières semaines (cf. document en annexe). Vous le/(la) reverrez également lors de la consultation du premier mois post-opératoire.

**Nous insistons sur quelques conseils :**

- ✓ **Prenez votre temps pour manger**, 30 à 45 minutes par repas sont indispensables pour permettre de s'alimenter correctement avec votre estomac modifié,
- ✓ **Mangez dans le calme et assis**
- ✓ **N'arrivez jamais à la sensation de douleur, de nausée ou de vomissement.**  
C'est probablement que vous avez mangé trop ou trop vite, sans prendre suffisamment de temps pour mastiquer,
- ✓ Quelques **intolérances ou blocages sont habituels** après la chirurgie (pain, viandes rouges, pâtes...) et doivent vous inciter à bien mastiquer,
- ✓ Vous ne devez normalement **pas vomir**. Si cela se reproduit de manière trop fréquente, contactez-nous pour identifier le problème.

Du fait du montage chirurgical, l'effet de l'alcool est plus rapide et plus important. De plus, l'alcool est calorique ce qui peut nuire à la perte de poids. Nous vous déconseillons donc la prise d'alcool après une chirurgie. A distance, cette consommation doit rester occasionnelle et très modérée.

## E. TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

L'ordonnance de sortie dépend de chaque patient. Toutefois, certains traitements sont communs.

### ▶ ANTALGIQUES

Nous vous prescrivons des antalgiques à la demande pour les jours qui suivent la sortie du service. En cas de douleur, commencez par prendre du PARACETAMOL, 1 gramme toutes les 6 heures maximum. Si ce traitement n'est pas suffisant, vous pouvez prendre du TRAMADOL à la dose prescrite.

### ▶ ANTICOAGULATION

Un traitement anticoagulant est poursuivi 15 jours après votre sortie du service. Celui-ci permet de prévenir la survenue de phlébites dont les conséquences peuvent être gravissimes notamment en cas d'embolie pulmonaire (détresse respiratoire, décès...). Il est administré la plupart du temps deux fois par jour afin d'être plus efficace. Pendant ces 15 jours, vous devez poursuivre, en journée, le port de vos bas de contention et marcher le plus régulièrement possible pour faciliter la circulation du sang.

Une prise de sang, 2 fois par semaine, est réalisée pour surveiller vos plaquettes qui peuvent chuter en réaction à l'administration de l'anticoagulant. Précisez bien au laboratoire de nous mettre en destinataire des résultats ainsi que votre médecin généraliste.

## ► INHIBITEUR DE LA POMPE À PROTONS

Un traitement par inhibiteur de la pompe à proton (IPP) est prescrit pendant les 3 premiers mois post-opératoires (INEXIUM, OGASTORO, INIPOMP...). Il permet de faciliter la cicatrisation de la muqueuse gastrique en réduisant l'acidité au sein de l'estomac. Le traitement peut être prolongé par votre médecin traitant si vous présentez des signes de reflux (remontée acide dans l'œsophage) plus particulièrement après une sleeve gastrectomie. Après un bypass gastrique, il doit être poursuivi au long cours si vous fumez pour réduire le risque d'ulcère.

## ► TRAITEMENT DU DIABÈTE

Si vous êtes diabétique, l'équilibre glycémique est très modifié dès le lendemain de l'intervention. En particulier, la glycémie tend à baisser très rapidement après la chirurgie, bien avant la perte de poids, et il faut adapter le traitement pour éviter les hypoglycémies. La plupart du temps, les antidiabétiques oraux doivent être arrêtés en post-opératoire immédiat.

Il est donc nécessaire d'adapter votre traitement. Il faudra revoir votre nutritionniste ou endocrinologue pour adapter votre traitement en post-opératoire.

Vous devrez par contre surveiller vos glycémies capillaires régulièrement après la chirurgie et en cas de perturbation significative, contacter le service, votre médecin traitant ou votre endocrinologue.

## ► TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR

Celui-ci peut être repris dès le post-opératoire, mais attention à certains types de médicaments (les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les diurétiques) qui sont déconseillés pendant les 3 premiers mois après chirurgie en raison du risque de déshydratation.

Une baisse progressive des valeurs de la tension est attendue en parallèle avec la perte pondérale ; il faut donc surveiller systématiquement la tension avec le médecin traitant et éventuellement réduire le nombre et le dosage des médicaments afin d'éviter les épisodes d'hypotension.

Pendant la période post-opératoire immédiate, en raison d'une hydratation parfois insuffisante après la chirurgie, vous pouvez présenter des chutes de tension ou des malaises quand vous passez de la position couchée ou assise à la position debout (hypotension orthostatique). Pensez donc à boire de l'eau régulièrement, tout au long de la journée (au moins 1 litre par jour), en dehors des repas.

Pensez par exemple à avoir toujours une bouteille sur vous dans vos déplacements.

## ► SUPPLÉMENTATION VITAMINIQUE

La supplémentation vitaminique peut être débutée 10 jours après l'intervention, quand votre confort alimentaire est correct. Le type de supplémentation vitaminique est variable selon le patient, le prescripteur et les résultats des différents bilans biologiques. En cas d'intolérance à un des traitements, parlez-en pour adapter la prescription.

## F. PLAIES OPÉRATOIRES

Les plaies opératoires sont en rapport avec les orifices permettant l'introduction des instruments par des trocarts dans votre cavité abdominale. Elles sont fermées par des points intra dermiques qui ne nécessitent pas d'être retirés.

Les steristrips (adhésifs) couvrant éventuellement les plaies peuvent être retirés 48 heures après l'opération. Au-delà de 48 heures, les plaies, sauf consigne particulière notamment en cas de suintement, doivent rester à l'air et ne pas être couvertes par des pansements.

Au moindre doute, n'hésitez pas à les montrer à votre infirmière lors de ses passages pour les injections d'anticoagulant.

Au début, éviter de faire macérer les plaies en privilégiant plutôt les douches que les bains. Séchez-les sans frotter. Attendez la cicatrisation complète avant d'aller en piscine, spa ou cabine d'Aquabike...

En cas de chaleur, rougeur, douleur ou suintement jaune-vert malodorant, faites examiner votre plaie par un médecin (médecin traitant, chirurgien).

## G. SURVEILLANCE

### ► POST-OPÉRATOIRE NORMALE

Vous serez revu en consultation 1 mois après l'intervention par votre chirurgien, le/(la) diététicien(ne) et la psychologue du service. Cette consultation a pour but de vérifier la cicatrisation, votre alimentation, dépister d'éventuelles complications. Lors de cette consultation, le chirurgien vous prescrira aussi la prise des vitamines.

Des suites opératoires normales peuvent s'accompagner d'une fatigue en rapport avec « l'agression corporelle » que représente l'intervention, l'anesthésie générale mais aussi avec la perte de poids rapide. Elle ne doit vous inquiéter que si elle est importante, vous empêchant de reprendre vos activités physiques.

Un montage chirurgical bien supporté ne doit pas être source de vomissement ou d'impossibilité de manger.

Les douleurs doivent aller en diminuant progressivement.

Vous pouvez sentir parfois des ballonnements, des crampes, des gaz et des spasmes. Ceci est habituel. Ecoutez-vous afin de déterminer les aliments qui peuvent en être responsables.

Ces malaises doivent rester occasionnels. S'ils sont trop fréquents ou inconfortables, consultez-nous.

### ► SIGNES D'ALERTE

#### 1. DOULEURS ET AUTRES SIGNES GÉNÉRAUX

Si les douleurs reviennent ou deviennent plus importantes, notamment au niveau de l'abdomen, des côtes, de l'épaule gauche, vous devez nous contacter.

La survenue de fièvre (température  $\geq 38.5^\circ$ ), notamment si elle est accompagnée de frissons, n'est pas normale et doit vous alerter et vous faire consulter. Des frissons isolés peuvent toutefois être en rapport avec une plus grande frilosité liée à votre perte de poids.

Au moindre signe clinique anormal (difficultés à respirer, palpitations, douleur thoracique, sang dans les selles ou dans un vomissement, mollets gonflés et douloureux...), contactez-nous ou votre médecin traitant.



## VOUS POUVEZ NOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

o En journée au 05 62 13 31 70

o Le soir ou la nuit au 05 62 13 30 30 ou 15

### 2. DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER

Si vous avez des nausées, mangez lentement, prenez le temps de mastiquer.

Buvez toujours par petites quantités. Faites des essais pour déterminer les aliments qui « passent ».

Si les solides sont difficiles au début, repassez transitoirement par les aliments mixés jusqu'à ce que votre tolérance soit améliorée.

Évitez les aliments trop fermes, trop gras et épicés.



### 3. VOMISSEMENTS

Un vomissement occasionnel (1 à 2 fois par semaine) n'est pas rare et ce n'est pas inquiétant.

Prenez le temps pour manger.

Consultez-nous en urgence si vous n'arrivez plus à vous alimenter avec des vomissements systématiques.

En cas de blocage alimentaire, n'insistez pas, reposez-vous en attendant que cela passe.



### 4. RÉGURGITATION OU REFLUX

Mangez doucement, en petites quantités.

Ne buvez pas en mangeant.

Retardez l'heure du coucher si les reflux apparaissent après le dîner.

Comme règle, attendez au moins 2 heures après le dîner avant de vous coucher.



### 5. NAUSÉES ET MAUVAIS GOÛT DANS LA BOUCHE

Regardez votre langue.

Si celle-ci est recouverte d'un enduit blanchâtre, il se peut que ce soit en rapport avec un champignon (une candidose).

Ayez une hygiène de bouche soignée et faites-vous prescrire des bains de bouche au Bicarbonate de Sodium si cela devait arriver.



## 6. CONSTIPATION

Il s'agit d'un symptôme très fréquent en rapport avec plusieurs facteurs :

- ✓ La prise de médicaments contre la douleur qui peuvent ralentir le transit
- ✓ L'absence de résidus alimentaires du fait de votre réalimentation progressive
- ✓ La faible quantité d'aliments ingérés quotidiennement
- ✓ Une hydratation insuffisante

Pour y pallier :

- ✓ Hydratez-vous en quantité suffisante, éventuellement avec de l'eau d'Hepar,
- ✓ Faites de l'exercice
- ✓ Ayez recours à des solutions naturelles (jus de pruneau...)
- ✓ En cas d'échec de ces méthodes, il est possible de vous prescrire des laxatifs paraffinés en première intention

Si malgré cela, votre **constipation persiste, contactez-nous.**



## 7. DIARRHÉES

Ce symptôme est rare en post-opératoire, plus fréquent après dérivation bilio-pancréatique.

Si le nombre de selles dépasse 6 selles liquides par jour, contactez-nous.

## 8. GAZ NAUSÉABONDS, BALLONNEMENTS

Il se peut que ces symptômes soient en rapport avec un déséquilibre de votre flore intestinale (pullulation microbienne).

Pour les améliorer, éviter les aliments riches en sucre, mangez des yaourts avec des ferments actifs.

Si cela persiste, un test de pullulation peut être prescrit puis vos symptômes traités par un traitement antibiotique adapté.



## 9. DUMPING SYNDROME

C'est un ensemble de symptômes survenant quelques minutes après l'alimentation (palpitations, fatigue, sueurs, diarrhées, coliques...) pouvant aller jusqu'au malaise vagal.

Ces symptômes régressent en quelques minutes, nécessitant parfois de s'allonger. Ils sont d'autant plus fréquents que votre alimentation est prise rapidement, qu'elle est riche en sucre ou que vous avez eu un bypass gastrique.

Si vous présentez ces manifestations, essayez d'identifier les circonstances de survenue (types d'aliments, structure du repas...) afin de mettre en place les modifications qui suffisent la plupart du temps à les faire régresser : ralentissement de la prise alimentaire et éviction des sucres.

Dans ces situations, faites attention à ne pas avoir de conduite potentiellement dangereuse après les repas (conduite de voiture ou d'engin de chantier, ...).

En cas de persistance, parlez-en lors de vos consultations de contrôle.

## 10. HYPOGLYCÉMIES RÉACTIONNELLES

Il est possible que vous ressentiez une hypoglycémie (malaise, vertiges, sueurs, baisse de concentration, somnolence, appétit sucré, ...) 2 à 3 heures après le repas.

Il sera alors important de veiller à diminuer les index glycémiques de vos repas ainsi que d'adapter vos collations.



## 11. TENSION ARTÉRIELLE TROP BASSE

En général, on ressent une sensation de vertige au changement de position trop brusque.



## H. RETOUR À LA VIE ACTIVE

### ► ACTIVITÉS PHYSIQUES

Des activités physiques régulières sont la condition indispensable au succès de votre intervention. Anticipez ce que vous allez remettre en place et ayez des projets. Ce que nous vous demandons est la pratique d'activités physiques régulières, en endurance. Il n'y a, a priori, aucune contre-indication à tel ou tel type d'activité. Au moindre doute, n'hésitez pas à nous en parler.

Pour vous permettre d'y arriver, rappelez-vous que :

- ✓ Vos activités doivent être source de plaisir
- ✓ Elles doivent être débutées progressivement
- ✓ Elles doivent être régulières, c'est-à-dire réalisées au minimum tous les 2 jours et au mieux 5 fois par semaine, voire tous les jours si vous en avez la possibilité,
- ✓ Une activité en endurance d'intensité modérée (c'est-à-dire entraînant un essoufflement vous permettant toutefois de pouvoir parler durant votre pratique) est un bon point de départ. Cela correspond typiquement à du vélo, de la natation, de l'aquagym, de la marche, du footing lent... Par la suite, d'autres activités plus diversifiées et d'intensité variée pourront être mises en place.
- ✓ Une ceinture abdominale peut aider au maintien de votre sangle abdominale lors des efforts.



Vous pourrez établir un programme de reconditionnement avec l'enseignant en Activités Physiques Adaptées (APA).

## ► SEXUALITÉ, CONTRACEPTION, GROSSESSE

Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués dès lors que vous vous sentez en mesure d'en avoir. Adaptez vos efforts et attendez la fin de la 3<sup>ème</sup> semaine post-opératoire pour une consolidation complète de votre paroi abdominale. Il est possible que votre libido soit affectée (augmentation ou diminution) par la chirurgie et la perte de poids. N'hésitez pas à en parler à votre conjoint(e) qui peut avoir une perception différente de la vôtre.

Nous vous rappelons l'importance de ne pas envisager de grossesse pendant les 12 à 18 mois post-opératoires. De ce fait, il est capital de maintenir une contraception efficace comme initiée avant la chirurgie soit avec votre médecin traitant, soit avec votre gynécologue.

**RAPPEL :** Attention, la pilule n'est pas efficace après un bypass ou une dérivation bilio-pancréatique). En effet, cette période peut faire courir un risque plus important de complications pour vous (carences vitaminiques, en fer...) et votre enfant (malformations fœtales, retard de croissance...).

Au-delà de cette période, un projet de grossesse sera d'autant plus serein qu'il sera anticipé avec la prescription de supplémentation vitaminique et le dépistage de carences qui devront être corrigées avant la conception. Ceci peut être discuté dans le cadre d'une consultation pré-conceptionnelle.

Dès que vous avez la confirmation de votre grossesse, consultez votre médecin ou spécialiste pour la prescription d'un bilan biologique complet et la mise en place d'une supplémentation vitaminique adaptée.

## ► ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

Les modifications rapides de votre corps et le changement radical de votre rapport à l'alimentation peuvent perturber fortement la perception que vous ou votre entourage a de votre corps. Cela peut conduire à des difficultés psychologiques, familiales et sociales importantes.

N'hésitez pas à en parler autour de vous et à demander de l'aide si vous vous sentez en difficulté.

## ► RETOUR AU TRAVAIL

Le retour au travail peut exiger des aménagements temporaires de votre poste de travail pour permettre les collations, des temps de repas adaptés et une reprise progressive des tâches physiques. Il sera d'autant plus harmonieux que vous en parlerez avec votre médecin du travail et que ces aménagements seront anticipés, notamment lors d'une visite à votre demande et ce avant la reprise du travail (visite de pré-reprise). Le médecin du travail peut prendre contact avec nous pour en discuter au moindre problème. De manière habituelle, la durée prévisible d'arrêt de travail est de 1 mois.

# III- SUIVI POST-OPÉRATOIRE

## A. SUIVI MÉDICAL

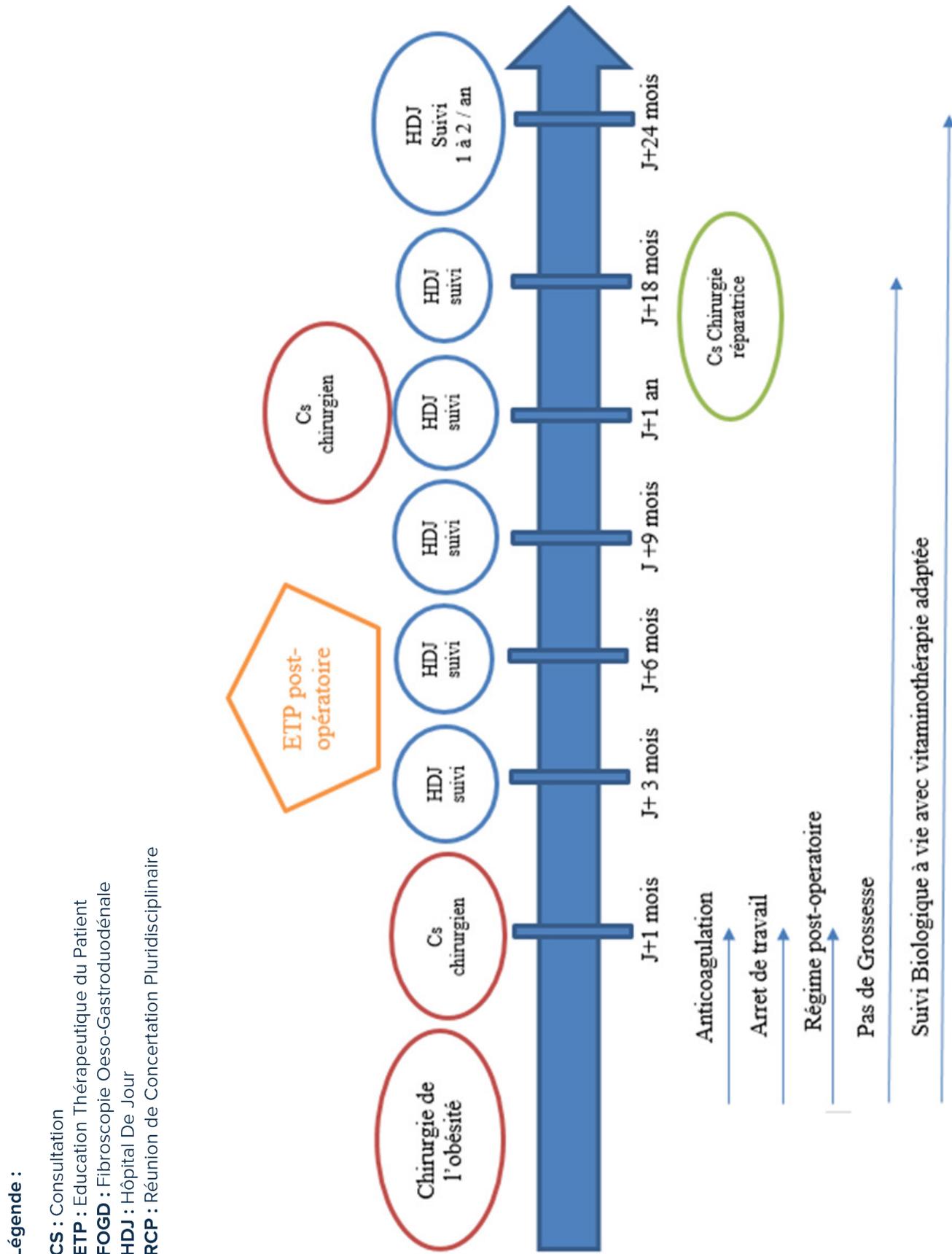
Le suivi médical est assuré par l'équipe du Centre de l'Obésité, autour du médecin nutritionniste, du chirurgien et en lien avec votre médecin traitant.

### **SI TOUT VA BIEN :**

Il est capital d'avoir un suivi régulier permettant d'identifier les comportements à ajuster, surveiller le bilan vitaminique et renouveler les ordonnances de traitement. La première année, les consultations sont fréquentes. Elles sont ensuite espacées.

## SI CELA VA MOINS BIEN :

Il est tout aussi important d'avoir un suivi régulier (insuffisance de la perte de poids, symptômes, dépression, problèmes sociaux ou familiaux...). Nous sommes là pour vous aider dans cette période houleuse, identifier le ou les problèmes et vous apporter des solutions. Le rythme des consultations est adapté à la situation propre à chaque patient.



Le suivi que nous vous proposons est résumé sur la figure ci-dessus. Il comporte :

**A 1 mois post-opératoire**, la consultation chirurgicale post-opératoire couplée à :

- ✓ A une séance de groupe diététique permettant d'accompagner la diversification vers une alimentation équilibrée
- ✓ Ainsi qu'à une séance de groupe comportementale et psychologique pour travailler sur :
  - ▶ La réappropriation de l'image du corps
  - ▶ Le changement de la définition de soi
  - ▶ Les sensations alimentaires

**A 3 mois post-opératoire**, une Hospitalisation De Jour (HDJ), renouvelable pour s'assurer des bonnes pratiques médicales, alimentaires, psychologiques et physiques avec médecin nutritionniste, infirmière, diététicien(ne), psychologue, enseignant en activité physique adapté.

**Puis**, un suivi en HDJ ou individuel

✓ **CHIRURGIEN :**

Suivi différent en fonction du chirurgien : en général, à 1 an et 2 ans (surveillance clinique, résultats pondéraux, recherche de l'absence de complications, indication à une chirurgie réparatrice...)

✓ **MÉDECIN NUTRITIONNISTE :**

Tous les 3 mois la 1ère année, puis tous les 6 mois la 2ème année puis 1 fois par an à vie

- ▶ Surveillance des déficits nutritionnel et vitaminiques
- ▶ Adaptation des traitements
- ▶ Dépistage des complications
- ▶ Surveillance de l'évolution pondérale

✓ **DIÉTÉTICIEN(NE) :**

Tous les 3 mois la 1ère année, puis tous les 6 mois la 2ème année, puis à la demande (en général 1 fois / an)

- ▶ Adaptation et personnalisation des repas
- ▶ +/- fractionnement alimentaire

✓ **PSYCHOLOGUE :**

Tous les 3 mois la 1ère année, puis tous les 6 mois la 2ème année, puis à la demande

- ▶ Travail sur l'image du corps et l'estime de soi
- ▶ Comportement alimentaire
- ▶ Travail émotionnel

✓ **SUIVI DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE :**

- ▶ Enseignant en Activités Physiques Adaptées (APA)
- ▶ Kinésithérapie de ville
- ▶ Programme de réadaptation à l'effort au SSR

✓ **LA CONSULTATION EN CHIRURGIE RÉPARATRICE À 18 MOIS**

La continuité des soins est assurée entre chaque rendez-vous par le médecin traitant et l'accès au besoin au service des urgences de la clinique des Cèdres 24h/24 et 7j/7, toujours en lien avec le chirurgien de garde.

Orienter le diagnostic en cas de problème même si tous vos symptômes ne sont pas à mettre sur le compte de la chirurgie de l'obésité. Ce peut être l'arbre qui cache la forêt.

✓ **Eviter des prescriptions dangereuses :**

Les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) y compris ceux à base d'Ibuprofène (Nurofen, Advil...) sont contre indiqués après bypass gastrique et doivent être évités après sleeve gastrectomie ; en cas de prescription médicale bien motivée d'AINS ou d'aspirine (sauf des dosages très bas d'aspirine jusqu'à 100 mg/j pour prévention cardiovasculaire) associer une protection gastrique par inhibiteurs de la pompe protonique à double dose) afin de minimiser le risque d'ulcère et de saignement

✓ Certains traitements nécessitent une absorption au niveau de la partie initiale du tube digestif, qui, si elle est court-circuitée comme dans le bypass, peut altérer leur efficacité.

## B. PERTE DE POIDS

La perte de poids est rapide au début puis ralentit progressivement. Votre perte de poids peut parfois faire des plateaux. Ne soyez pas inquiet si cela arrive. Ne vous pesez pas tous les jours, une ou deux fois par semaine suffisent largement au début.

Le poids minimal est généralement atteint après 12 à 18 mois. Vous constaterez alors que votre poids stagne pendant plusieurs mois.

Pour vous donner un ordre d'idée, même si cela est très variable d'un individu à l'autre, la perte d'excès de poids, c'est-à-dire le pourcentage de poids perdu par rapport à votre poids à un IMC de 25 Kg/m<sup>2</sup>, est :

- ▶ A 1 mois : 20 à 25%
- ▶ A 6 mois : 50 à 65%
- ▶ A 1 an : 65 à 85%.

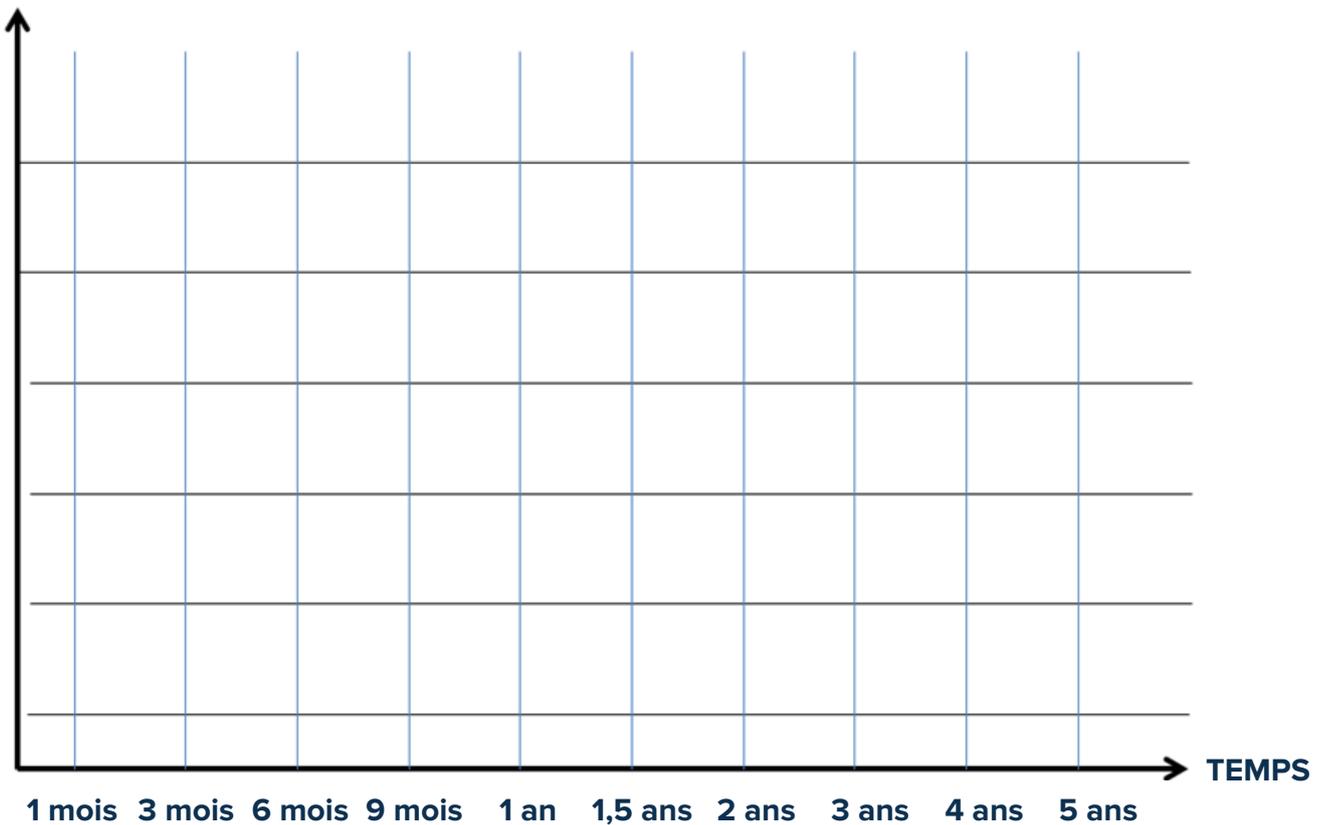
Par exemple, votre poids avant l'intervention est de 120 Kg pour 1m67. Votre IMC est donc de  $120 / (1.67 \times 1.67) = 43 \text{ Kg/m}^2$ . Votre poids théorique pour un IMC de 25 Kg/m<sup>2</sup> est de 70 Kg. Votre excès de poids est donc de  $120 - 70 \text{ Kg} = 50 \text{ Kg}$ . Si vous avez perdu 20 Kg, cela revient à dire que vous avez perdu  $20 \times 100 / 50 = 40\%$  de votre excès de poids.

Il est important que vous ne vous fixiez pas sur un poids précis. Il est plus important que cette perte de poids se fasse de manière harmonieuse, sans dénutrition et sans carence.

Vous pouvez reporter votre poids sur la figure ci-dessous et pourrez le présenter lors de vos prochaines consultations.

## VOTRE COURBE DE POIDS

POIDS (KG)



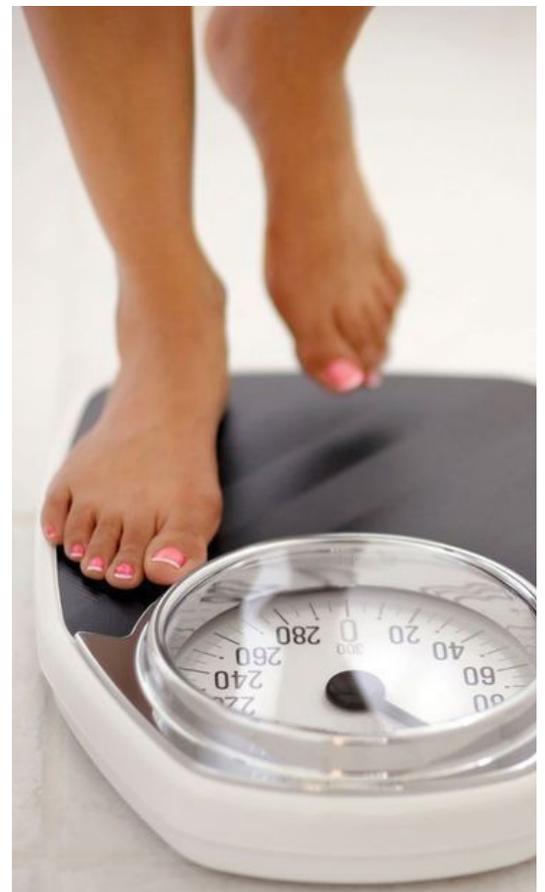
### C. MAINTIEN DU POIDS

Après 12 à 18 mois, votre poids se stabilise. Vous sortez de cette lune de miel et tout l'enjeu à présent est de maintenir cette perte de poids. A ce stade, il est impératif de garder à l'esprit d'avoir des quantités alimentaires constantes et maîtrisées, maintenir les temps de repas et le fractionnement.

Il est fréquent de reprendre quelques kilos à distance de l'intervention, le corps s'habituant au montage. Cela ne doit pas vous inquiéter. Toutefois, une reprise de poids plus importante n'est pas rare (environ 20% des patients), survenant généralement entre 2 et 5 ans après la chirurgie. Cette reprise pondérale est la plupart du temps favorisée par un relâchement du comportement alimentaire et une diminution ou un arrêt des activités physiques. Un estomac « forcé » quotidiennement par des quantités de plus en plus importantes finira par se dilater.

Pesez-vous régulièrement, 1 fois par semaine par exemple, pour ne pas méconnaître une reprise de poids. Si malheureusement cela devait arriver, reprenez contact avec nous pour une évaluation et mise en place des modifications nécessaires. D'autres causes peuvent en effet y être en rapport avec cette reprise pondérale : prise d'un nouveau médicament, problème psychologique, stress....

A l'opposé, si votre poids continue à diminuer après 12 à 18 mois, il est important de nous contacter pour identifier, si elle existe, la cause du problème.



## D. EVOLUTION DES CO-MORBIDITÉS

L'évolution suivante peut être attendue :

### ✓ **POUR LE DIABETE TYPE 2 :**

Une amélioration nette et rapide de l'équilibre glycémique, avec dans certains cas une rémission complète. On parle de rémission et jamais de guérison car le diabète peut récidiver en cas de reprise pondérale importante ; les résultats sont inversement proportionnels à la durée et à la gravité du diabète ; autrement dit, les meilleurs résultats sont obtenus chez les patients avec un diabète de découverte récente et ne nécessitant pas de doses importantes d'insuline.

Le patient doit adapter le traitement du diabète selon les indications reçues en post-opératoires puis en accord avec son diabétologue.

### ✓ **POUR L'HYPERTENSION :**

Une baisse progressive des valeurs tensionnelles en parallèle avec la perte pondérale ; il faut donc surveiller systématiquement la tension et réduire progressivement le nombre et le dosage des médicaments afin éviter les épisodes d'hypotension (malaise lorsque vous vous relevez). Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les diurétiques sont déconseillés pendant les premiers 3 mois après chirurgie de l'obésité en raison du risque accru d'insuffisance rénale. Dans certains cas une rémission complète peut être observée. On parle de rémission et jamais de guérison car l'hypertension, comme le diabète, peut récidiver en cas de reprise pondérale importante.

### ✓ **POUR LES DYSLIPIDEMIES (EXCÈS DE TRIGLYCÉRIDES ET/OU DE CHOLESTÉROL) :**

Une amélioration nette en parallèle avec la perte pondérale, emmenant à l'arrêt éventuel des médicaments.

### ✓ **POUR L'APNEE DU SOMMEIL :**

Une amélioration progressive en parallèle avec la perte de poids ; en cas d'appareillage un contrôle avec le spécialiste de référence est à réaliser à 6 mois de la chirurgie pour décider si l'appareillage doit être poursuivi ou pas.

### ✓ **POUR LA STEATOSE HEPATIQUE :**

Une amélioration progressive en parallèle avec la perte de poids ; en cas de stéatohépatite avérée, fibrose ou cirrhose le suivi par un spécialiste (hépatologue ou gastroentérologue) est recommandé.

### ✓ **POUR LES PROBLEMES ARTICULAIRES :**

Une réduction importante des douleurs. Les lésions au niveau des cartilages (arthrose) sont malheureusement irréversibles mais une perte de poids massive peut ralentir leur évolution.

## E. VITAMINES

Si une supplémentation vitaminique vous a été prescrite, il est impératif de la poursuivre tout au long de votre vie.

Toute modification ou arrêt de la supplémentation vitaminique doit être discutée avec votre endocrinologue, nutritionniste ou chirurgien. Il est possible que votre ordonnance arrive en fin de renouvellement (validité de 6 mois au maximum). Faites-la alors renouveler par votre médecin traitant ou médecin spécialisé en charge de votre suivi.

Au cours de la première année, des prises de sang de contrôle seront réalisées tous les 3 mois. Elles sont ensuite espacées pour ne plus être réalisées qu'une fois par an.

Rappelez aux différents intervenants si vous n'avez pas eu de contrôle récent.

Ce n'est pas parce que vos prises de sang sont normales que vous n'avez pas besoin de vos vitamines. Au contraire, c'est parce que vous prenez vos vitamines que vos prises de sang sont normales. Les problèmes de carences graves sont liés à l'arrêt de la supplémentation vitaminique (anémie, ostéoporose, déficits de la vision et atteintes neurologiques non réversibles).

La plupart des problèmes graves (atteintes neurologiques non réversibles notamment) surviennent des années après la chirurgie.

Il n'est pas nécessaire de contrôler vos carences immédiatement après la chirurgie. Celles-ci mettent du temps à s'installer et le premier bilan peut la plupart du temps être différé au 3ème mois post-opératoire.

Une fatigue intense, des fourmillements dans les pieds ou les mains, des vertiges, des troubles visuels, une sensation de marcher de travers, une perte de force, de la mémoire, une grande tristesse voire une déprime importante sont des signes pouvant évoquer une carence sévère en vitamines.

Ils doivent vous faire consulter rapidement car peuvent être à l'origine de séquelles irréversibles.

## F. PERTE DES CHEVEUX

Une perte de cheveux, même importante, est fréquente après une perte de poids significative, en général, la première année. Ce phénomène s'arrêtera après la fin de la perte de poids.

Pour en limiter l'importance, vous pouvez :

- ✓ Eviter de traumatiser vos cheveux par des colorations, lavages trop fréquents,
- ✓ Manger suffisamment de protéines,
- ✓ Prendre éventuellement des compléments nutritionnels.

De la même façon, votre peau peut être plus sèche et vos ongles cassants. Prenez-en soin.

## G. CHIRURGIE RÉPARATRICE

Un des dommages collatéraux d'une perte de poids massive est la survenue d'excès cutanés qui peuvent être gênants à plusieurs titres : retentissement psychologique, gêne pour les activités physiques, complications cutanées...

Le risque d'avoir de grands excès cutanés est d'autant plus important que :

- ✓ La perte de poids est grande,
- ✓ Le tabagisme est poursuivi ou repris,
- ✓ L'alimentation est pauvre en protéines,
- ✓ Les activités physiques sont faibles.

Une correction chirurgicale des excès cutanés est réalisée par un chirurgien plasticien. Elle ne doit s'envisager qu'une fois le poids stabilisé c'est-à-dire au-delà du 12 à 18ème mois post-opératoire. Ces interventions peuvent être prises en charge par l'Assurance Maladie en fonction de critères d'importance qui seront évalués par le plasticien.

## H. COMPLICATIONS TARDIVES

Même plusieurs années après l'opération peuvent survenir des complications. Outre le risque de carences vitaminiques, votre montage chirurgical vous expose à la survenue d'occlusion sur adhérences ou hernie interne, de développement de calculs compliqués de la vésicule biliaire, de reflux gastro-oesophagien et d'ulcère.

Il est donc important de poursuivre le suivi à distance de la chirurgie et de nous solliciter en cas de problème.

Il est toujours préférable, si cela est matériellement possible, que vous soyez évalué en cas de problème par l'équipe qui vous a fait l'opération.

## I. RAMADAN

A partir d'un an minimum après la chirurgie vous pouvez discuter avec votre chirurgien ou votre médecin nutritionniste de la possibilité de faire le Ramadan, qui sera évaluée cas par cas selon votre situation clinique.

Attention dans tous les cas à garder une bonne hydratation, surtout en été (risque pour les reins).

# IV- SUPPORTS ET AIDES

## A. NUMÉROS UTILES

Disponibles aux horaires de bureau :

✓ Secrétariat chirurgical : 05 62 13 31 70

✓ Secrétariat du Centre de l'Obésité : 05 62 13 33 32 / [ced-etp-cdo@capiro.fr](mailto:ced-etp-cdo@capiro.fr)

## B. RESSOURCES INTERNET

- ▶ Brochure d'information sur la Chirurgie de l'Obésité - HAS :  
« Ce qu'il faut savoir avant de se décider »  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure\\_obesite\\_patient\\_220909.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf)
- ▶ Site du Centre Intégré de l'Obésité (CIO) de Toulouse :  
<http://obesite.univ-tlse3.fr/>
- ▶ Une crainte ? Un symptôme ? Dois-je consulter ?  
<https://bariaclic.chu-clermontferrand.fr/>
- ▶ Site de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques :  
<https://soffcomm.org/>
- ▶ Site du Collectif National des Associations d'Obèses :  
<https://www.cnao.fr/>

# NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

## V- MES RENDEZ-VOUS AVANT L'INTERVENTION

	<b>NOM</b>	<b>DATES</b>	<b>QUESTIONS</b>
<b>CHIRURGIEN</b>			
<b>B0</b>			
<b>B1</b>			
<b>B2</b>			
<b>NUTRITIONNISTE</b>			
<b>DIÉTÉTICIEN(NE)</b>			
<b>PSYCHOLOGUE</b>			
<b>ETP</b>			
<b>AUTRES</b>			

## VI- MES RENDEZ-VOUS APRÈS L'INTERVENTION

### LE B.A.B.A DU SUIVI NUTRITIONNEL :

Je prends mon RDV avec le médecin nutritionniste ou en HDJ

1. Sur Doctolib
2. ou au 05 62 13 33 32

✓ Je prévois de faire ma prise de sang 15 jours avant ce RDV pour la ramener au médecin nutritionniste

✓ Remarque : si le RDV est trop tard, et si je vois une anomalie, je peux appeler mon médecin nutritionniste ou envoyer un mail au CDO

	<b>NOM DU PRACTICIEN</b>	<b>DATES</b>	<b>QUESTIONS</b>
<b>CHIRURGIEN</b>			
<b>BILAN EN HDJ</b>			
<b>MEDECIN NUTRITIONNISTE</b>			
<b>DIÉTÉTICIEN(NE)</b>			
<b>PSYCHOLOGUE</b>			
<b>APA</b>			



## PRINCIPE DES OPÉRATIONS :

Votre chirurgie de l'obésité a pour but de diminuer vos apports alimentaires, par la création d'un petit estomac à laquelle se rajoute une malabsorption pour le bypass.

De ce fait, il est fortement recommandé de suivre des conseils hygiéno-diététiques pour répondre au mieux à vos apports nutritionnels.

## CONSEILS GÉNÉRAUX :

- ✓ **Manger très lentement** : Penser à déguster vos repas et à poser la fourchette entre chaque bouchée
- ✓ **Bien mastiquer** : Très important pour éviter que les aliments bloquent
- ✓ **Le temps des repas sera long** : Jusqu'à 45 min pour manger un petit volume
- ✓ **Stopper le repas dès que vous n'avez plus faim, ne vous forcez pas** : Il ne faut pas dépasser la quantité tolérée par votre estomac, afin d'éviter tout risque de vomissement et à terme risquer de détendre votre poche gastrique
- ✓ **Boire entre les repas en petites quantités régulièrement** : Stopper toutes les boissons 30 min avant la prise alimentaire et les reprendre 30 min après
- ✓ **Les boissons gazeuses sont interdites**

## CONSEILS SPECIFIQUES :

- ✓ **Fractionner votre alimentation** : 4 à 5 prises dans la journée à adapter en fonction de chacun
- ✓ **Ne jamais sauter de repas**
- ✓ **Eviter les produits sucrés** : Sucre, miel, bonbons, chocolat, confitures, pâtes de fruits, compotes sucrées, biscuits, sirops de fruits, entremets du commerce, boissons industrielles, glaces, ...
- ✓ **Eviter les graisses cachées** : Viennoiseries, biscuits, gâteaux, pop-corn, glace au lait, chips, frites, ...
- ✓ **Eviter les graisses visibles** : Mayonnaise, crème, lard, charcuterie, fruits secs, avocat, olives
- ✓ **Eviter les boissons alcoolisées**

## RÉALIMENTATION APRÈS UNE SLEEVE ET UN BYPASS :

Les quantités conseillées sont les plus fréquentes mais elles peuvent varier d'un individu à l'autre en fonction de la tolérance

	Petit Déjeuner	Collation Matinée	Déjeuner	Collation Après-midi	Diner
<b>Semaine 1 LISSE</b>	<b>Un produit laitier</b> (Skyr, yaourt, fromage blanc, petit suisse, ... sans sucre) <b>+ 1 produit céréalié</b> (flocon d'avoine, galette de céréales complètes, muesli sans sucre)	<b>1 produit laitier</b> sans sucre ajouté <b>+ 1 compote</b> sans sucre ajouté	<b>+ 50 g de viande ou poisson ou oeuf mixés</b> <b>+ 50 g de féculents en purée</b> <b>+ 2 càs de lait en poudre et 1 fromage fondu à mélanger à la purée</b> (Kiri, Vache qui Rit, ...) <b>+ 1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)	<b>1 produit laitier</b> sans sucre ajouté <b>+ 1 compte</b> sans sucre ajouté	<b>+ 50 g de viande ou poisson ou oeuf mixés</b> <b>+ 50 g de féculents en purée</b> <b>+ 2 càs de lait en poudre et 1 fromage fondu à mélanger à la purée</b> (Kiri, Vache qui Rit, ...) <b>+ 1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)

<p><b>Semaine 2</b> - début de la 3ème <b>MOULINEE</b></p>	<p><b>Un produit laitier</b> (Skyr, yaourt, fromage blanc, petit suisse, ... sans sucre)  + <b>1 produit céréaliier</b> (flocon d'avoine, galette de céréales complètes, muesli sans sucre)</p>	<p><b>1 produit laitier</b> sans sucre ajouté  + <b>1 fruit</b> (compote sans sucre ajouté, banane écrasée, pomme cuite en petits morceaux, smoothie ou milshakes sans sucre)ans sucre ajouté</p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf moulinsés</b>  + <b>50 g de féculents en purée</b>  + <b>2 càs de lait en poudre et 1 fromage fondu à mélanger à la purée</b> (Kiri, Vache qui Rit, ...)  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>	<p><b>1 produit laitier</b> sans sucre ajouté  + <b>1 fruit</b> (compote sans sucre ajouté, banane écrasée, pomme cuite en petits morceaux, smoothie ou milshakes sans sucre)ans sucre ajouté</p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf moulinsés</b>  + <b>50 g de féculents en purée</b>  + <b>2 càs de lait en poudre et 1 fromage fondu à mélanger à la purée</b> (Kiri, Vache qui Rit, ...)  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>
<p><b>Semaine 3</b> - début de la 4ème <b>MOLLE</b></p>	<p><b>Un produit laitier</b> (Skyr, yaourt, fromage blanc, petit suisse, ... sans sucre)  + <b>1 produit céréaliier</b> (Wasa, flocon d'avoine, galette de céréales complètes, muesli sans sucre, riz ou semoule au lait sans sucre)</p>	<p><b>1 produit laitier (laitage ou fromage)</b> sans sucre ajouté + <b>2 càs de poudre de lait mélangé au laitage</b>  + <b>1 fruit</b> (compote sans sucre ajouté, banane écrasée, pomme cuite en petits morceaux, smoothie ou milshakes sans sucre)ans sucre ajouté</p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf hachés</b>  + <b>50 g de féculents</b>  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>	<p><b>1 produit laitier (laitage ou fromage)</b> sans sucre ajouté  + <b>2 càs de poudre de lait mélangé au laitage</b>  + <b>1 fruit</b> (compote sans sucre ajouté, banane écrasée, pomme cuite en petits morceaux, smoothie ou milshakes sans sucre)ans sucre ajouté</p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf hachés</b>  + <b>50 g de féculents</b>  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>
<p><b>Après 1 mois</b> <b>NORMALE</b></p>	<p><b>Un produit laitier</b> (Skyr, yaourt, fromage blanc, petit suisse, ... sans sucre)  + <b>1 produit céréaliier</b> (Pain complet, Wasa)</p>	<p><b>1 produit laitier (laitage ou fromage)</b> sans sucre ajouté + <b>2 càs de poudre de lait mélangé au laitage</b>  + <b>1 fruit</b></p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf</b>  + <b>50 g de féculents</b>  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>	<p><b>1 produit laitier (laitage ou fromage)</b> sans sucre ajouté + <b>2 càs de poudre de lait mélangé au laitage</b>  + <b>1 fruit</b></p>	<p>+ <b>50 g de viande ou poisson ou oeuf</b>  + <b>50 g de féculents</b>  + <b>1 càc de matière grasse</b> (beurre, huile ou crème)</p>

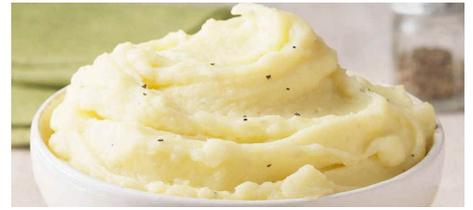
Privilégier au maximum les sucres lents (féculents) source d'énergie. Les légumes, peu nourrissants, sont facultatifs les premiers temps.

Les aliments gras, sucrés, les boissons alcoolisées sont à éviter pendant le 1er mois.

Les aliments provoquant des ballonnements (légumes secs, choux, fromages fermentés, ...) sont également à éviter par confort digestif.

## LA PREMIÈRE SEMAINE : Alimentation de consistance mixée lisse, sans sucre

- ✓ Les aliments seront mixés, pour obtenir une texture homogène
- ✓ Les soupes et bouillons sont à éviter : faible apport par rapport au volume
- ✓ Privilégier les laitages en collation, source de protéines : yaourt, petit suisse, fromage blanc, fromage fondu
- ✓ Privilégier les purées de pomme de terre, source d'énergie
- ✓ Prendre des compotes sans sucre ajouté
- ✓ VPO : Viande Poisson Œufs sont à mixer et à mélanger aux purées
- ✓ Matière grasse :  
beurre, crème fraîche, huile ou carré de fromage : à doser selon la quantité de purée dans votre assiette



## LA DEUXIÈME SEMAINE : Alimentation de consistance mixée moulinée

- ✓ Les aliments seront bien cuits et mixés plus grossièrement que la première semaine : texture moulinée-hachée et une mastication soignée sera remise en place
- ✓ **Les préparations seront bien hydratées, onctueuses** (avec une sauce, un bouillon par exemple)
- ✓ Réintroduire les aliments suivants :
  - ▶ Les fruits cuits en morceaux et bien mastiqués ou crus et mixés type smoothies et milk-shakes sans sucre
  - ▶ Les viandes, poissons et oeufs sont **moulinsés / hachés** : augmenter les quantités au fur et à mesure selon la tolérance



## LA TROISIÈME SEMAINE : Alimentation de consistance molle

- ✓ Les aliments seront bien cuits mais non plus besoin d'être mixés lorsqu'ils sont mous. Ils peuvent être écrasés à la fourchette et bien mastiqués. Les viandes seront toujours hachées.
- ✓ Réintroduire les aliments suivants :
  - \* Les féculents tel que les pâtes, le riz, la semoule, les pommes de terre écrasées, les légumes secs non mixés



## LA QUATRIÈME SEMAINE : Alimentation de consistance molle à normale

C'est une semaine de transition où la période de texture molle peut être encore nécessaire pour certains aliments et pour d'autres, une texture normale peut déjà être acceptée. Les fruits par exemple, non plus besoin d'être mixés mais ils doivent être épluchés, qu'ils soient cuits ou crus, une mastication attentionnée sera suffisante.

## **APRÈS UN MOIS : Alimentation de consistance normale**

Vous pouvez élargir vos choix alimentaires : manger de tout, en petites quantités, en privilégiant les protéines animales, les produits laitiers et les féculents.

- ✓ Le pain est à réintroduire : de préférence complet, de seigle, ...
- ✓ Les légumes peuvent être réintroduits cuits ou choisir des crudités tendres au départ : cœur de laitue, mâche, carottes finement râpées...
- ✓ La tolérance des aliments varie d'une personne à l'autre, aussi il est indispensable de les tester soi-même.



### **Effet secondaire du By-Pass : le dumping syndrome**

C'est une réaction de votre corps lors d'une prise alimentaire trop importante en sucres ou en graisses. Elle se produit ¼ heure à 2 heures après un repas.

Les principaux symptômes sont : bouffées de chaleur, vertiges, sueurs, pâleur et nausées.

Cela peut être aussi provoqué par un repas pris trop vite.

**L'alimentation est un plaisir et doit le rester. Vous pouvez parfaitement aller au restaurant déguster et maîtriser de nouvelles saveurs.**

**Votre chirurgie ne doit pas altérer votre quotidien et votre confort de vie !**

## ENRICHIR SON ALIMENTATION EN PROTÉINES APRÈS UNE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

### POURQUOI CONSOMMER DES PROTÉINES À TOUS LES REPAS ?

La réserve en protéines dans l'organisme est faible. Il faut alors en apporter tous les jours pour ne pas en manquer. Si les apports journaliers sont trop faibles, l'organisme puise dans le muscle.

Après une chirurgie de l'obésité, l'objectif est de favoriser la perte de masse grasse et de limiter la fonte musculaire. Ainsi, l'apport en protéines animales et végétales sera favorisé à chaque repas et collations.

### LISTE DE QUELQUES ALIMENTS RICHES EN PROTÉINES QUE VOUS DEVEZ TOUJOURS AVOIR CHEZ VOUS :

✓ **Le lait en poudre** : favoriser le lait écrémé ou ½ écrémé  
L'avantage est que son goût est neutre et qu'il apporte de l'onctuosité aux préparations

L'enrichissement de vos 6 prises dans la journée avec 2 cuillères à soupe apporte l'équivalent d'une portion de viande ou poisson ou œufs en plus.

✓ **Le gruyère râpé** : à ajouter dans toutes les préparations salées (potages, purées).

✓ **Le fromage fondu** : peut être ajouté dans vos préparations salées ou pris en collations.

✓ **Le lait** : source de protéines, calcium. Permet aussi de vous hydrater.

✓ **Le jambon, le poisson** : de texture tendre, demande peu/pas de préparation.

Pensez-y aussi en collation ou au petit déjeuner.

✓ **Les œufs** : au plat, en omelette ou à la coque. A incorporer dans vos préparations sucrées ou salées.

✓ **Les féculents** : source de protéines végétales, ils sont surtout connus pour leur apport énergétique.

Quand vous pourrez les réintroduire, pensez à consommer régulièrement des légumes secs (lentilles, pois cassés, haricots blancs ou rouges, pois chiches), également riches en fibres, vitamines et minéraux.



# NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

