

Mes coordonnées

Nom

Prénom

Date de naissance / /

Adresse

.....

.....

Numéros de téléphone : Domicile :

Portable :

Numéro de sécurité sociale :

Médecin traitant : D^r

Adresse

N° de téléphone

Infirmier(e) libéral(e) :

Adresse

N° de téléphone

Personne de confiance : M N° tél

Tutelle / Curatelle : M N° tél

Autres (kinesithérapeute...)

.....

.....

.....

L'Équipe de Chirurgie de l'obésité



En partant de devant, de gauche à droite

D^r Bligny
Nutritionniste

D^r Pichon
Endocrinologue

D^r Josseaume
Endocrinologue

M^{me} Hecamps
Diététicienne

M^{me} Coathalem
Diététicienne

D^r Bothereau
Chirurgien

D^r Khamphommala
Chirurgien

D^r Bourdonnec
Chirurgien

D^r Orvoën
Endocrinologue

D^r Pery
Chirurgien

D^r Dupont-Bierre
Chirurgien

D^r Sterkers
Chirurgien

*Vous aimeriez bénéficier d'une chirurgie de l'obésité, **votre motivation est la clé du succès**. Au cours des mois à venir vous allez entreprendre un grand nombre de démarches dans ce but.*

*Ce livret vous permettra **de vous informer et de vous expliquer les différentes étapes à suivre lors de votre engagement dans ce type de traitement**. Ainsi il vous aidera à suivre au mieux le parcours médical qui s'ouvre à vous avant le jour J, et il contribuera à l'organisation de votre suivi après la chirurgie, afin de retirer le meilleur de cette démarche.*

Vous pourrez ainsi y noter toutes les informations vous concernant. Toutefois, il ne remplace pas les informations données par l'équipe spécialisée en chirurgie de l'obésité que vous allez rencontrer.

***Votre compréhension et votre implication sont essentielles pour assurer une préparation et un suivi optimal**. Notre équipe reste à votre disposition pour tous vos questionnements.*

L'équipe de chirurgie de l'obésité



Vous devrez amener ce dossier avec vous à chaque consultation médicale, et lors de votre hospitalisation.

Sommaire

► LA CHIRURGIE	P.05
L'obésité, une maladie chronique	P.06
Information sur la chirurgie de l'obésité	P.07
By pass	P.08
Anneau gastrique ajustable.....	P.09
Sleeve gastrectomie	P.10
Switch duodéno pancréatique	P.11
Dérivation Bilio Pancréatique	
Type Sadi-Sleeve.....	P.12
► AVANT LA CHIRURGIE	P.13
La préparation	P.14
Le déroulement	P.15
Votre médecin nutritionniste	P.16
Votre chirurgien.....	P.17
Votre médecin anesthésiste.....	P.18
Régime pré-opératoire	P.19
► L'HOSPITALISATION	P.21
À apporter pour votre hospitalisation	P.22
L'intervention et l'hospitalisation ...	P.23
Accueil et admission	P.24
Les équipes paramédicales.....	P.25
Vos questions à poser lors de l'hospitalisation.....	P.27
Réalimentation.....	P.28
Conseils alimentaires suite à un by-pass gastrique	P.29
La sortie d'hospitalisation	P.34
► APRÈS LA CHIRURGIE	P.35
Le suivi	P.36
RDV téléphonique avec la diététicienne	P.37
RDV avec votre chirurgien	P.37
RDV avec votre médecin nutritionniste	P.38
Perte de poids.....	P.39
Les questions que vous vous poserez	P.41
Vos photos	P.43



La chirurgie



L'obésité, une maladie chronique

L'obésité est l'état d'un individu ayant une masse corporelle largement supérieure à ce qui est souhaitable.

L'obésité lorsqu'elle est sévère ou massive, risque d'entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle menace la santé et peut provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnées du sommeil, les problèmes articulaires et des conséquences psychologiques...

La chirurgie de l'obésité aide à perdre du poids durablement et à contrôler ces maladies, voir les faire disparaître. Néanmoins, se faire opérer est une décision importante et nécessite une bonne préparation.

Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- Participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause.
- Bien se préparer à cette intervention et à l'hospitalisation.
- comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie, même si tout va bien.

Information sur la chirurgie de l'obésité

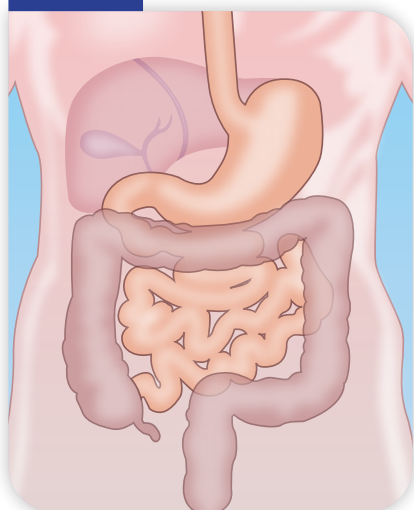
Les différentes techniques de chirurgie sont efficaces pour perdre du poids durablement et ainsi réduire les affections liées à l'obésité et améliorer la qualité de vie.

Mais attention, la chirurgie doit être accompagnée d'une modification de ses habitudes alimentaires et d'une augmentation de son activité physique à vie, pour être efficace.

La chirurgie de l'obésité modifie l'anatomie du système digestif. C'est une aide mécanique et métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommée (principe de restriction) et/ou de limiter l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de « malabsorption »).

Rappel

Avant



→ **L'ESTOMAC** : est une portion du tube digestif en forme de poche, située entre l'œsophage et les intestins. Il a un rôle de réservoir et permet d'assurer la digestion par ses fonctions mécaniques de brassage.

→ **LES INTESTINS** : est la partie du système digestif qui s'étend de la sortie de l'estomac à l'anus. C'est la partie du corps qui assure l'assimilation dans le sang des nutriments (vitamines, minéraux, protéines...) provenant des aliments.

Il existe différentes techniques chirurgicales

→ **LE BYPASS**

→ **L'ANNEAU GASTRIQUE**

→ **LA SLEEVE GASTRECTOMIE**

→ **LE SWITCH DUODÉNOPANCRÉATIQUE**

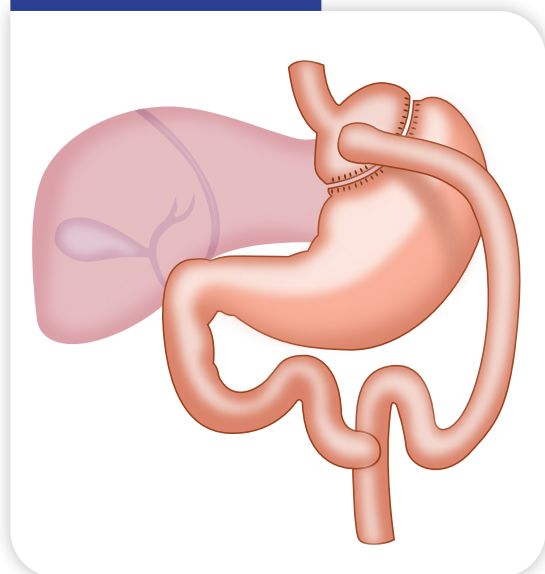
→ **LA DÉRIVATION BILIO PANCRÉATIQUE
TYPE SADI-SLEEVE**



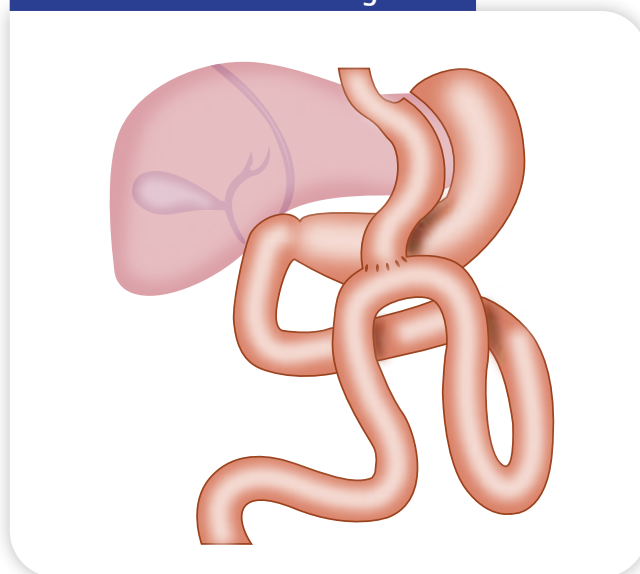
**Chaque intervention a ses avantages et ses inconvénients !
L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention
la mieux appropriée à votre situation, en fonction de vos besoins
et de vos facteurs de risque.**

By pass

Avec anse en Y



Avec anse en omega⁽¹⁾



PRINCIPE

Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindre quantité.

PERTE DE POIDS ATTENDUE

De l'ordre de 40 à 70 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 30 à 70 kg. Le recul sur ces résultats est de 20 ans.

DURÉE MOYENNE DE L'INTERVENTION*

1 h 30 à 2 heures

DURÉE MOYENNE DE L'HOSPITALISATION**

2-3 jours

MORTALITÉ LIÉE À L'INTERVENTION

0,1% toutes études scientifiques confondues.

PRINCIPAUX RISQUES DE COMPLICATIONS

- Complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.
- Carences nutritionnelles surtout si mauvaise prise des vitamines prescrites.
- Complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas surtout si grignotage, dumping syndrome***, constipation, diarrhée motrice.
- Autres complications : embolie pulmonaire.

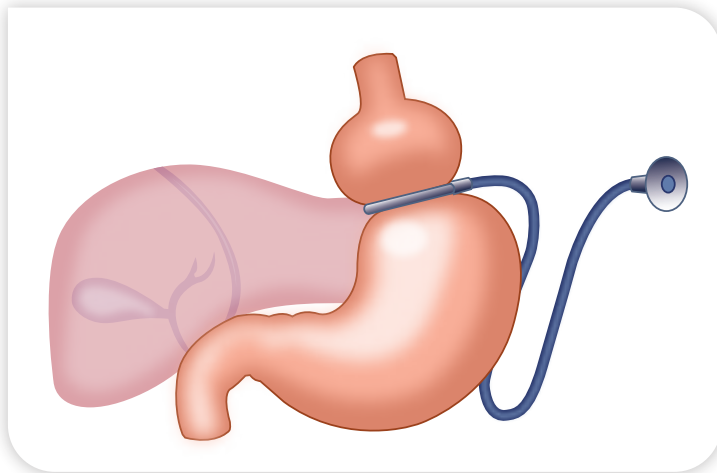
(1) Le By pass avec anse en oméga n'est actuellement plus remboursé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

* En l'absence de complication au cours de l'intervention.

** En l'absence de complication après l'intervention.

*** Dumping syndrome : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

Anneau gastrique ajustable

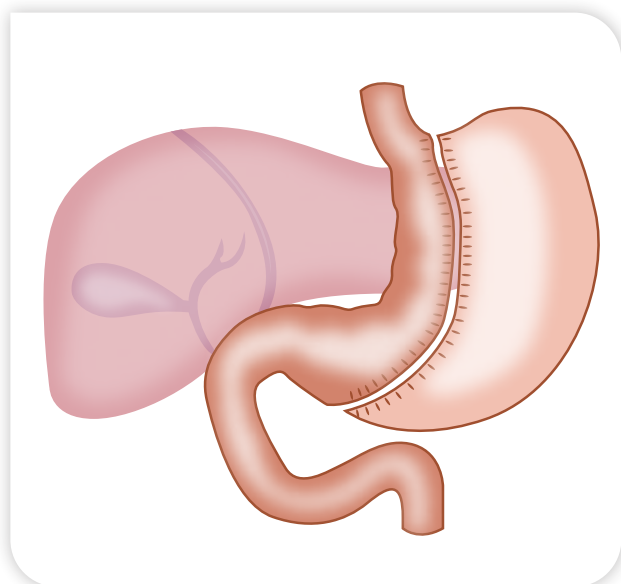


PRINCIPE	<p>Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier. Un régime est indispensable au risque d'échec ou de vomissements.</p>
CARACTÉRISTIQUES	<p>Seule technique ajustable. L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi. L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.</p>
PERTE DE POIDS ATTENDUE	<p>De l'ordre de 20 à 40 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.</p> <p>En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.</p>
DURÉE MOYENNE DE L'INTERVENTION*	30 minutes
DURÉE MOYENNE DE L'HOSPITALISATION**	1 jour
MORTALITÉ LIÉE À L'INTERVENTION	0,1 % toutes études scientifiques confondues
PRINCIPAUX RISQUES DE COMPLICATIONS	<p>Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :</p> <ul style="list-style-type: none">• Problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau.• Glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter.• Troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...).• Lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). <p>Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité (1/3 des patients ont une conversion en bypass).</p> <ul style="list-style-type: none">• Autres complications : embolie pulmonaire.

* En l'absence de complication au cours de l'intervention.

** En l'absence de complication après l'intervention.

Sleeve gastrectomie



PRINCIPE

Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué.

Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.

La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (switch).

PERTE DE POIDS ATTENDUE

De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 30 à 70 kg.

DURÉE MOYENNE DE L'INTERVENTION*

45 minutes

DURÉE MOYENNE DE L'HOSPITALISATION**

2-3 jours

MORTALITÉ LIÉE À L'INTERVENTION

Estimée à 0,1 %

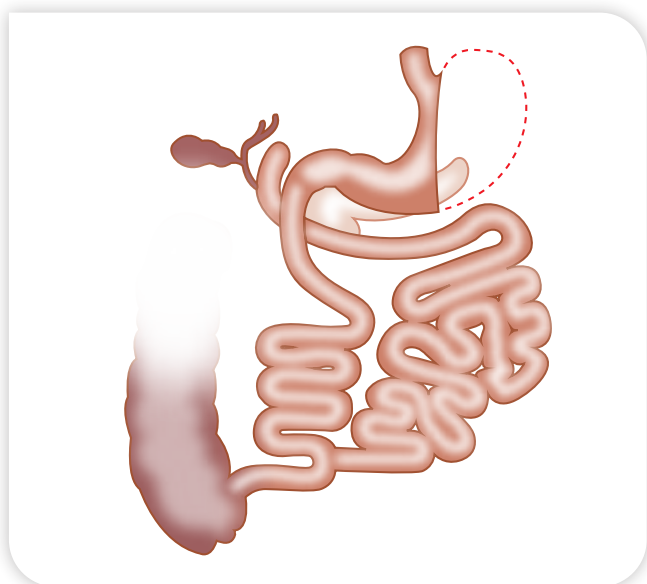
PRINCIPAUX RISQUES DE COMPLICATIONS

- Ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant.
- Hémorragies postopératoires précoces.
- Carences nutritionnelles possibles (à surveiller).
- Reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage.
- Dilatation de l'estomac.
- Reprise de poids.
- Autres complications : embolie pulmonaire.

* En l'absence de complication au cours de l'intervention.

** En l'absence de complication après l'intervention.

Switch duodéno pancréatique



PRINCIPE

Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin. La taille de l'estomac est réduite par gastrectomie et l'intestin grêle divisé en deux parties. L'estomac est raccordé à la partie servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ; l'essentiel des aliments passent directement dans le gros intestin sans être absorbés.

CARACTÉRISTIQUES

Cette technique est réservée aux patients avec IMC ≥ 50 kg/m² et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.

PERTE DE POIDS ATTENDUE

De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg*. Le recul sur ces résultats est de 25 ans.

DURÉE MOYENNE DE L'INTERVENTION*

2 h 30

DURÉE MOYENNE DE L'HOSPITALISATION**

8 à 10 jours

MORTALITÉ LIÉE À L'INTERVENTION

1 % toutes études scientifiques confondues

PRINCIPAUX RISQUES DE COMPLICATIONS

- Risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines).
- Risque important de malabsorption de médicaments.
- Complications fonctionnelles : diarrhées, selles malodorantes.
- Complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.
- Autres complications : embolie pulmonaire.

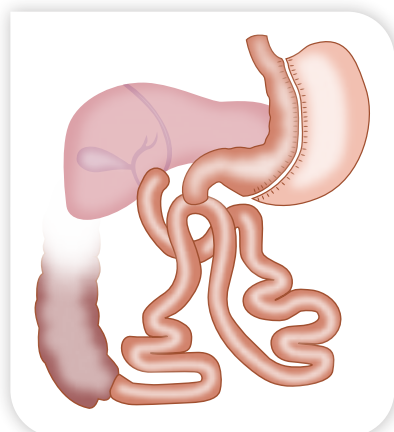
* Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m².

** En l'absence de complication au cours de l'intervention.

*** En l'absence de complication après l'intervention.

Références HAS (www.has-sante.fr)

Dérivation Bilio Pancréatique Type Sadi-Sleeve



PRINCIPE

Technique restrictive et malabsorptive : cette technique est une simplification du switch duodéno pancréatique.

Cette technique permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et de diminuer l'assimilation intestinale de ces aliments de façon prolongée.

La taille de l'estomac est réduite des 2/3 comme dans la sleeve gastrectomie puis on sectionne le duodénum 4 cm après le pylore (muscle séparant l'estomac et le duodénum). On raccorde le duodénum à l'anse intestinale située entre 250 et 300 cm (en mesurant l'intestin à partir du côlon et non du duodénum comme dans le by pass) par une anastomose (couture entre le duodénum et l'intestin grêle). Une partie importante de l'intestin grêle est donc court circuitée induisant une digestion des aliments sur une longueur plus courte que la normale mais suffisamment longue pour limiter les risques de complications liées à la malabsorption (diarrhées, carences vitaminiques). La conservation du pylore qui sépare estomac et duodénum limite le risque de Dumping syndrome ou d'hypoglycémie.

CARACTÉRISTIQUES

Cette technique est réservée en priorité aux patients avec IMC > 45 kg/m² ou aux patients présentant un diabète difficile à équilibrer. Elle est également indiquée après échec d'une sleeve gastrectomie. Elle peut donc être réalisée en un ou 2 temps.

Il s'agit d'une intervention récente datant de 2004 ne pouvant être réalisée que dans des centres hyperspécialisés et uniquement dans le cadre de l'étude multicentrique SADI-S comparant en double aveugle By pass en Y et SADI (le choix de la technique est déterminée de façon aléatoire et non suivant le choix du patient ou de l'opérateur).

Intervention pratiquée au CHP depuis 2017

PERTE DE POIDS ATTENDUE

De 80 % de perte d'excès de poids à 2 ans.

DURÉE MOYENNE DE L'INTERVENTION*

2H

DURÉE MOYENNE DE L'HOSPITALISATION**

2-3 jours

MORTALITÉ LIÉE À L'INTERVENTION

0 % toutes études scientifiques confondues (mais seulement 19 études rapportées soit 1041 patients)

PRINCIPAUX RISQUES DE COMPLICATIONS

- Risques post opératoire (7%) : fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ou de la jonction entre le duodénum et l'intestin grêle ou du duodénum sectionné, hémorragie, embolie pulmonaire
- Complications fonctionnelles : flatulences et diarrhées très peu fréquentes, Reflux gastro oesophagien
- Carences nutritionnelles surtout si mauvaise prise des vitamines prescrites

* En l'absence de complication au cours de l'intervention.

** En l'absence de complication après l'intervention.



Avant la chirurgie





MARCHE À SUIVRE AVANT TOUTE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

La préparation

Cette phase de préparation est indispensable et nécessite **un véritable engagement de votre part**.

Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels, membres d'une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, médecin nutritionniste, diététicien, psychiatre ou psychologue, anesthésiste, etc.) qui vont vous informer et vous examiner.

Ils vont également vous prescrire différents examens selon les besoins (exemples : prises de sang, endoscopie œsogastroduodénale et, si nécessaire, radiographies, évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque...).

Ceux-ci ont pour but de réaliser :

- Un bilan complet de l'obésité et de votre état de santé afin de traiter, si ce n'est déjà fait, les affections dont vous souffrez (carences nutritionnelles ou vitaminiques, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles cardiaques, syndrome d'apnées du sommeil ou autres troubles respiratoires, troubles articulaires, etc.).
- Un bilan psychologique afin de vous proposer, si besoin, une prise en charge psychothérapeutique.
- Un bilan de votre activité physique et de vos habitudes alimentaires.
- Une information sur la grossesse et la contraception pour les femmes en âge d'avoir des enfants.

Durant cette phase de préparation il est nécessaire d'assister à une réunion d'information sur la chirurgie de l'obésité. Cette réunion a pour but de mieux vous préparer au parcours de soins dans lequel vous engagez. Elle détaillera les différentes techniques de chirurgie, le bilan préopératoire, le déroulement de l'hospitalisation et les différentes modifications qu'entraîne une importante perte de poids (image du corps, estime de soi, vie de couple, vie familiale et vie sociale...).

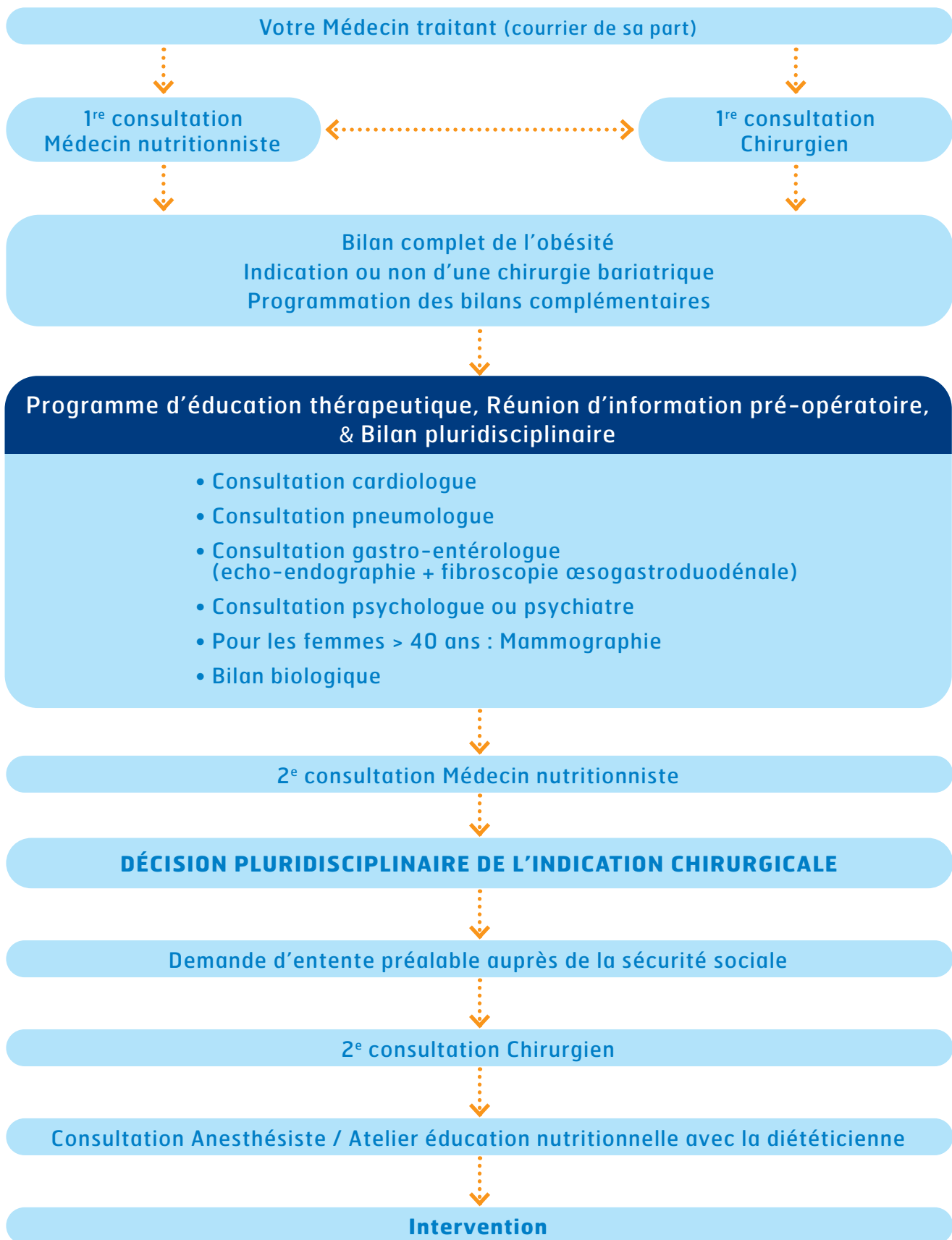
Nous vous proposons également d'intégrer un programme d'éducation thérapeutique dédié aux patients pour préparer au mieux votre vie après la chirurgie

Il est vivement conseillé d'arrêter de fumer avant l'intervention. Pour cela vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant ou un pneumologue ou un infirmier tabacologue. Cela diminue le risque opératoire, et le risque de complications après la chirurgie.

Il est important de maintenir son poids tout au long de la prise en charge pré opératoire. Une prise de poids importante non expliquée médicalement conduirait à prolonger cette période.

Le déroulement

Délai de réflexion : au minimum 3 mois



Votre médecin nutritionniste

□ Dr BLIGNY

Médecin spécialiste / Médecine Interne - Nutrition
Ancienne Interne et Assistante des hôpitaux
Ancienne Chef de Clinique des hôpitaux de Rennes
Docteur es Sciences
10002672409

□ Dr JOSSEAUME

Endocrinologue / Diabétologue / Maladies métaboliques
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Rennes
DIU Echographie Endocrinienne et Cervicale
10004021720

□ Dr PICHON

Endocrinologue / Diabétologue / Maladies métaboliques
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Rennes
DIU Echographie Endocrinienne et Cervicale
351063763

□ Dr ORVOËN

Endocrinologue / Diabétologue / Maladies métaboliques
Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de Rennes
DIU Echographie Endocrinienne et Cervicale
351003348

□ Autre Médecin Nutritionniste :

Dr



→ Vos questions à poser au médecin nutritionniste

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre médecin anesthésiste

Pour pouvoir programmer votre intervention, vous devez consulter un médecin anesthésiste.

L'Anesthésiste : D^r

La décision

À l'issue de la phase préparatoire, l'équipe pluridisciplinaire rend un avis qui peut être de trois ordres :

L'intervention est envisageable.

L'équipe vous donne alors plus d'informations sur la technique opératoire choisie. Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous est proposée et une demande d'entente préalable est adressée à votre caisse d'assurance maladie (en savoir plus : www.ameli.fr).

Votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante.

Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.

La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas.

L'équipe pluridisciplinaire vous en explique les raisons et vous propose une autre prise en charge (non chirurgicale).

Consignes alimentaires préopératoire

Une fois la date du bloc opératoire programmée, vous pouvez être amené à suivre un régime spécifique pour préparer le geste opératoire.

Ce régime sera prescrit par votre chirurgien pour une durée de 1 à 2 semaines.

→ Pourquoi ?

L'objectif est de diminuer les tissus gras et la taille du foie, afin que votre chirurgien puisse accéder plus facilement à votre estomac lors de l'opération.

Seul un bon suivi des consignes alimentaires suivantes permet une réduction rapide et significative de la taille du foie.

Matin

- 1 yaourt 0% de matière grasse et sans sucre
- 1 Fromage blanc 0 % de matière grasse et sans sucre
- 1 boisson chaude sans sucre (café, thé lait écrémé)
- 40 gr de pain + 1 cuillère à café de confiture maximum

Collation du matin

- 1 Fromage blanc 0 % de matière grasse et sans sucre

Midi

- 100 gr de crudités (sans grasse et si besoin avec recette sauce allégée ci-dessous)
- 150 gr de viande maigre ou de poisson
- 150 gr de légumes (pas de féculents, ni de légumes secs)
- 1 yaourt 0% de matière grasse et sans sucre
- 20 gr de pain

Collation de l'après-midi

Soir

- 1 Fromage blanc 0 % de matière grasse et sans sucre
- 150 gr de viande maigre ou de poisson
- 150 gr de légumes verts (pas de féculents, ni de légumes secs)
- 1 yaourt 0% de matière grasse et sans sucre
- 1 fruit frais moyen
- 20 gr de pain

→ NB :

- Les quantités de viandes, fruits et pain sont les quantités maximum.
- Les quantités de légumes peuvent évoluer en fonction de l'appétit (diminution ou augmentation)

Consignes alimentaires préopératoire (suite)

→ Mode de cuisson :

Les viandes et poissons sans graisse :

- dans une poêle antiadhésive sans ajout de matière grasse
- au four, en papillotes
- cuits à la vapeur, à l'eau, en cocotte-minute

Les légumes sans graisse :

- au four, en papillotes
- cuits à la vapeur, à l'eau, en cocotte-minute

→ Aliments autorisés :

Les boissons : eau plates ou gazeuses, café, thé tisane sans sucre, lait écrémé (bouchon vert) à volonté.

Les édulcorants : aspartame, stevia, sucralose...

Les épices et les fines herbes.

Les condiments : cornichons, câpres, moutarde, vinaigres...

Idée sauce crudités allégée :

- 4 cuillères à soupe de fromage blanc 0 %
- cuillère à soupe de moutarde ou 1 cuillère à soupe de citron ou de vinaigre de cidre.
- 2 cuillères à soupe de ciboulette
- Sel et poivre

Alternative : ajouter ail ou échalotes.



L'hospitalisation

L'hospitalisation

ENTRÉE À LA CLINIQUE

Le / / à h.....



**Centre Hospitalier Privé
Saint-Grégoire**

Centre spécialisé régional dans la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité sévère

À apporter pour votre hospitalisation

- Ce livret
- Votre carte vitale, votre carte de mutuelle et votre carte d'identité
- Vos derniers résultats biologiques +/- examens d'urine +/- radiographies
- Votre carte de groupe sanguin
- Les produits de préparation cutanée avant intervention chirurgicale (douches antiseptiques), ainsi que l'ordonnance correspondante
- Médicaments personnels, ainsi que la dernière ordonnance correspondante
- Vitamines et minéraux prescrits par le médecin nutritionniste, ainsi que l'ordonnance correspondante et un "écrase médicament"
- Une paire de bas anti-thrombose prescrits par le chirurgien ou/et l'anesthésiste
- Vos affaires personnelles : trousse de toilette et serviettes de toilette, tenue de rechange...
- S'il y a lieu : votre appareil contre les apnées du sommeil
- S'il y a lieu : votre carnet de glycémies
- Résultat du test de grossesse ou BHCG pour les femmes en âge de procréer
-
-
-
-

L'intervention et l'hospitalisation

Votre hospitalisation se déroulera selon le schéma ci-dessous. Ce parcours peut bien sûr être modifié en fonction de différents facteurs (complications médicales, jour férié...) :

ENTRÉE LA VEILLE OU LE MATIN

- Douche antiseptique le soir
- Repas léger le soir, puis eau sucrée jusqu'à 3 heures avant.
À jeun 3 heures avant l'intervention

LE JOUR MÊME = J

- Douche antiseptique, 2 heures avant l'intervention, puis habillage en tenue de bloc avec les bas anti-thrombose (ôter bagues, bijoux, appareils dentaires...)
- Mobilisation et boisson dès 2 heures postopératoires
- Bouillon et dessert à 6 heures postopératoires

LE LENDEMAIN = J 1

- Kiné respiratoire et aide à la mobilisation
- Soins infirmiers (injection, anticoagulant...)
- Soins diététiques / Réalimentation selon protocole

J 2 = Sortie

- Kiné, marche et bilan des capacités physiques et sportives
- Soins infirmiers (injection, anticoagulant...)
- Soins diététiques / Réalimentation selon protocole
- Début de la supplémentation en vitamines et minéraux

Accueil et admission

Le jour de votre hospitalisation, présentez-vous à l'accueil de la clinique à l'heure voulue.

Après avoir fait votre admission, vous serez dirigé vers le service de soins.

Une infirmière vous accueillera . Elle fera votre entretien d'accueil : vérifications administratives, médicales... Elle prendra aussi le temps de répondre à vos questions.

Il vous faudra procéder, à la demande de l'infirmière, à une douche antiseptique ainsi qu'une dépilation si besoin. Vous revêtirez une tenue spéciale pour le bloc opératoire et vos bas de contention.

Il vous sera aussi demandé de retirer vos bijoux, lentilles, appareils dentaires.

Une prémédication n'est aujourd'hui plus recommandée.

Vous serez conduit au bloc opératoire par un brancardier.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, la plupart du temps par cœlioscopie (plusieurs petits orifices dans la paroi abdominale permettant de réaliser l'opération). Cette technique est recommandée car elle limite la douleur et permet de retrouver une activité normale plus rapidement. Dans certains cas, au cours de l'intervention, pour des raisons de sécurité, il est parfois nécessaire d'ouvrir l'abdomen (laparotomie).

La durée de l'anesthésie varie en fonction du type d'intervention, vous vous réveillerez en salle de réveil avec une perfusion. En principe, il n'y a ni drain abdominal ni sonde urinaire.

L'anesthésiste et le chirurgien décideront en fonction de votre état de santé et du déroulement de l'opération, de la nécessité d'une nuit en unité de soins continus après l'intervention (rare).

Lors de votre séjour, vous rencontrerez régulièrement le kinésithérapeute, la diététicienne, votre médecin nutritionniste ainsi que votre chirurgien.

La durée de l'hospitalisation moyenne est de 2 à 3 jours en fonction du type d'intervention et de votre état général. Elle peut être prolongée si des complications surviennent après l'intervention. Dans ce cas, votre chirurgien peut décider de vous réopérer en urgence.

Moins d'1% des patients nécessitent une réintervention. Celle-ci conduit à une prolongation de l'hospitalisation.

L'équipe des diététiciennes

Vous rencontrerez une des diététiciennes de l'équipe pluridisciplinaire durant votre parcours pré opératoire (ou pendant votre hospitalisation), afin de vous expliquer :

- Le protocole de réalimentation
- L'organisation des repas lors de l'hospitalisation
- Les changements à apporter à votre alimentation future

Après l'intervention, vous mangerez des aliments dont la consistance est modifiée : d'abord liquide puis sous forme de desserts et de purée.

Progressivement, vous retrouvez une alimentation solide.

Pour éviter les complications (vomissements, douleurs...), **il est très important de suivre les conseils diététiques** qui vous seront expliqués lors d'un atelier d'éducation nutritionnelle environ 1 mois avant votre hospitalisation.

→ Votre diététicienne

☐ Laurence COATHALEM

☐ Julie HECAMPS

☐

L'assistante sociale

Le programme de soins dans lequel vous êtes inscrit peut avoir des conséquences sur votre vie quotidienne

Si vous vous interrogez ou rencontrez des difficultés concernant votre organisation de vie à domicile, votre situation vis-à-vis de votre activité professionnelle, les conséquences de votre arrêt maladie sur votre budget... l'assistante sociale peut réfléchir avec vous aux solutions les plus adaptées à votre situation et vous accompagner dans vos démarches en lien avec les services spécialisés.

L'équipe des kinésithérapeutes

Pendant votre séjour, un kinésithérapeute vous pendra en charge quotidiennement, pour des exercices de respiration et de mobilité.

Cette prise en charge est nécessaire et indispensable afin d'éviter certaines complications post-chirurgicales.

- J1 : kinésithérapie respiratoire, désencombrement bronchique, apprentissage d'exercices de détente du diaphragme. Marche dans le couloir avec apprentissage d'exercices de dynamisation des membres inférieurs.
- J2 : Continuité de la réalisation d'exercices favorisant le travail du diaphragme. Marche dans les escaliers avec augmentation de l'intensité des exercices de dynamisation. Conseils d'hygiène de vie physique lors du premier mois du retour à domicile avec évaluation de l'apprentissage des auto exercices.

Le Psychologue

L'opération chirurgicale est un acte de changement qui doit s'accompagner de votre volonté pour qu'il soit une réelle transformation intérieure. La chirurgie va vous aider à perdre du poids mais elle ne résoudra pas vos problèmes personnels.

Après l'opération de nombreuses modifications vont avoir lieu : perte de poids, transformation de l'image du corps, changement dans la vie de couple, libido, fatigue, rapport à l'estime de soi, « reconnexion » à la vie sociale... Nous sommes à votre disposition pour en parler.

Pendant votre hospitalisation vous pouvez rencontrer le psychologue des services. Il pourra vous proposer des entretiens de soutien et après évaluation, des séances d'hypnose/relaxation. Il saura ensuite vous réorienter vers des professionnels de ville en fonction du type d'accompagnement que vous souhaitez (psychothérapie de soutien, hypnose).

Vos questions à poser lors de l'hospitalisation



A large area of the page is filled with horizontal dotted lines, providing space for writing questions.

Réalimentation

En fonction du type d'intervention et de votre état de santé, la réalimentation se déroulera plus ou moins comme le protocole ci-après.

La réalimentation débute avec l'accord de votre chirurgien, elle est progressive et doit évoluer en fonction de vos sensations.

JOURS	J 0 : jours de l'intervention	J1	J2
RÉGIME		Lisse, fractionnée, petites parts, peu sucrée	Lisse, fractionnée, petites parts, peu sucrée
PETIT DÉJEUNER		Boisson (café, thé ou lait) <i>ou</i> eau en fonction de l'heure de l'opération	Boisson (café, thé ou lait) <i>ou</i> 1 laitage (yaourt, fromage blanc)
10h		1 compote	
DÉJEUNER		Potage + 1 laitage	
15H		1 compote	
DÎNER	Eau +/- Bouillon et 1 Laitage	Purée + 1 dessert	
20H			

Conseils alimentaires



À COMPLÉTER AVEC LA DIÉTÉTICIENNE

→ CONSEILS GÉNÉRAUX

- Mangez lentement en mastiquant bien
- Arrêtez-vous dès la sensation de satiété
- Buvez 1 à 1,5 litre d'eau par jour : par petites quantités et à distance des repas. Arrêtez de boire 1/2 h avant le repas. Évitez de boire pendant les repas
- N'oubliez pas les vitamines et oligo-éléments qui vous protègent pendant la phase de perte de poids rapide (les 6 premiers mois).
- Vous pouvez reprendre tous vos médicaments, qu'il faudra adapter au fur et à mesure de la perte de poids.

→ CONSEILS SPÉCIFIQUES, vus avec la diététicienne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ CONSEILS DE RÉALIMENTATION AU RETOUR AU DOMICILE

→ Dans un premier temps :

Alimentation lisse sans morceaux, avec 3 repas par jour + 2 à 3 collations.

→ Puis une alimentation tendre (hachée) et ensuite normale avec 4 repas par jour.

→ Ensuite :

les grignotages ou toute prise alimentaire entre les repas sont déconseillés sauf en cas de perte de poids trop rapide.

Dans ce cas vous devez en parler avec votre médecin nutritionniste.

1^{re} ÉTAPE : Soit jours : Du au

VOTRE ALIMENTATION DOIT AVOIR UNE STRUCTURE LISSE, SANS MORCEAUX, POUR NE PAS LÉSER VOS CICATRICES.

→ Fractionner en **3 repas + 3 collations**.

→ Volume à chaque prise : **1 à 2 pots à yaourt maximum**

○ Potage de légumes épais bien mixé OU purée de légumes

(pommes de terre, carotte, courgettes, haricots verts, épinards...) **enrichi avec :**

- jaune d'œuf cru,
- ou jambon mixé lisse,
- ou fromage râpé ou fondu (type vache qui rit®),
- ou du lait en poudre (type Régilait®)



○ Lait et laitages (de préférence ½ écrémés) et peu sucrés :

yaourt, fromage blanc, petit suisse, flan, entremet, semoule au lait



○ Jus de fruit non gazeux et peu sucré, compote, banane ou fraises écrasées



○ Biscuits trempés

(galettes St Michel®, casse-croûtes BN®, boudoirs, petits beurre)



○ Eau plate, thé et café légers, tisanes.

Pas de boissons gazeuses pendant 1 mois.



→ **MENU TYPE** : à partir de la sortie d'hospitalisation jusqu'au

*Avant d'élargir progressivement vers une **ALIMENTATION NORMALE***

PETIT DÉJEUNER

- 1 boisson (1 tasse) : par exemple café au lait
- Des biscuits bien trempés
+ Éventuellement un peu de beurre

COLLATION 10h

- 1 compote, **ou** 1 laitage, **ou** 1 verre de jus de fruits frais peu sucré
ou 1/3 de banane bien écrasée

DÉJEUNER

- 4 c. à s. de purée de légumes +/- de pommes de terre Enrichie
avec 1 œuf ou fromage râpé ou 1 kiri® ou du lait en poudre
- 1 compote ou 1 laitage

GOÛTER

- 1 compote, **ou** 1 laitage, **ou** 1 verre de jus de fruits frais peu sucré
ou Lait parfumé + biscuits bien trempés

DÎNER

- 1 bol de potage de légumes **ou** 1 purée Enrichie
avec 1 œuf ou fromage râpé ou 1 kiri® ou du lait en poudre
- 1 compote ou 1 laitage

COLLATION DU SOIR

- 1 compote, **ou** 1 laitage, **ou** 1 verre de jus de fruits frais peu sucré
ou 1/3 de banane bien écrasée

2^e ÉTAPE : À partir du :

→ RÉINTRODUIRE PEU À PEU LES MORCEAUX EN MASTIQUANT BIEN

→ Fractionner en **3 repas + 1 collation**

→ Volume à chaque prise : **2 pots à yaourt maximum**

- Légumes cuits, puis les crudités
- Pommes de terre, pâtes, riz, semoule bien cuit
- Fromage
- Fruits cuits puis les fruits crus
- Biscottes, pain...

À partir du

- Jambon haché, poisson émietté à la fourchette

À partir du

- Viande bien moulinée

À partir du

- Toutes les viandes tendres



ATTENTION

Certain aliments peuvent être moins bien tolérés.
Vous devez attendre pour les réintroduire (environ 1 mois).

- Les boissons gazeuses
- Les aliments très secs :
pop corn, chips, fruits secs (noix, noisettes, cacahuètes,...)
- Certains végétaux fibreux
- Les viandes très dures



Et après

Après 1 mois il n'y a aucun interdit alimentaire. Certains aliments vous feront plus envie que d'autres, bloqueront plus ou moins vite. Il ne faut pas hésiter à les tester pour savoir. Durant les 3 premiers mois, il est **NORMAL** de manger de petites portions: c'est l'effet **RESTRICTIF** de votre montage chirurgical, autrement dit: c'est le **BUT**.

→ SUIVRE UNE ALIMENTATION ÉQUILBRÉE, TOUJOURS EN PETITES QUANTITÉS EN PRENANT SON TEMPS

→ En limitant

- Le sucre et tous les produits sucrés y compris les boissons sucrées (responsables du Dumping syndrome et d'une éventuelle reprise de poids)
- Les alcools surtout les alcools forts
- Les grignottages

→ En suivant ces quelques repères de consommation qui vous permettront de couvrir vos besoins nutritionnels

- Du lait et des produits laitiers → au moins 3 portions par jour
- De la viande, du poisson ou des œufs → au moins 150 grammes par jour (2 x 75g)
- Des légumes verts → au moins une portion par jour
- Des fruits → environ 2 portions par jour

→ Exemples de répartition / menu type, 1 à 2 mois après votre intervention :

○ Petit déjeuner



○ Déjeuner



○ Collation



○ Dîner



La sortie d'hospitalisation

Lors de votre sortie vous devez avoir reçu :

→ PAR LE CHIRURGIEN

- Une ordonnance pour l'ablation des fils à faire pratiquer par une infirmière libérale quelques jours après la sortie.
- Une ordonnance de traitement antidouleur, car comme toute opération, sur l'abdomen, les suites opératoires peuvent être douloureuses.
- Un arrêt de travail si besoin, il faut prévoir au minimum 3 semaines après votre sortie.
- Votre prochain rendez-vous avec le chirurgien (dans environ 1 mois).

→ PAR LE MÉDECIN NUTRITIONNISTE (DOCUMENTS REMIS EN PRÉ OPÉATOIRE)

- Les ordonnances des bilans biologiques : à 1 mois, 3 mois et 6 mois, puis 1 fois par an **À VIE** à la date anniversaire de votre chirurgie.
- L'ordonnance des vitamines et minéraux.
- La date de votre 1^{er} rendez-vous de suivi (environ à 1 mois).

→ PAR LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE

- Une ordonnance pour les injections d'anticoagulants et le maintien du port des bas anti-thrombose (il est très important de suivre cette prescription pour éviter des complications graves).



ATTENTION

Vous pouvez reprendre tous vos médicaments qu'il faudra éventuellement adapter au fur et à mesure de la perte de poids, en concertation avec votre médecin.

Les anti-inflammatoires sont à éviter car ils risquent de favoriser les ulcères à l'estomac, exemples : Ibuprofène (Advil), Acide acetylsalicylique (Aspégic), Acide niflumique (Nifluril), Kétoprofène (Profénid).

**N'oubliez pas de passer aux « bureaux des sorties »
pour faire votre sortie administrative.**



Après la chirurgie

Après la chirurgie



**Centre Hospitalier Privé
Saint-Grégoire**

Centre spécialisé régional dans la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité sévère

35

Le suivi

Pourquoi ?

Après avoir subi une intervention de ce type, il est nécessaire que vous soyez suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire, en liaison avec votre médecin traitant, pour :

- Évaluer votre perte de poids
- Vérifier votre bon état de santé
- Repérer et prendre en charge d'éventuelles complications chirurgicales et carences nutritionnelles, car celles-ci peuvent survenir tôt ou plus tardivement
- Adapter si besoin les traitements
- Vérifier votre adaptabilité aux nouvelles habitudes alimentaires et activités physiques

À quelle fréquence ?

→ CHIRURGIEN

Au minimum, 1 rendez-vous environ 1 mois après l'intervention, puis à 1 an et plus si nécessaire.

→ MÉDECIN NUTRITIONNISTE

Au minimum, 6 rendez-vous : environ 1 mois après l'intervention, puis à 3, 6, 12, 18 et à 24 mois. Par la suite, vous serez suivi 1 fois par an par votre médecin nutritionniste ou votre médecin traitant selon les besoins.

→ DIÉTÉTICIENNES

1 rendez-vous téléphonique : entre les 10-15 jours après votre sortie.

→ AUTRES SPÉCIALISTES

En fonction de votre profil, il vous sera parfois conseillé d'être suivi par plusieurs professionnels psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, cardiologue... Et ou aider pour le retour à domicile par le service de coordination des sorties.

RDV avec votre médecin nutritionniste

→ **1^{er} RDV** (1 à 2 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....

→ **2^e RDV** (3 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....

→ **3^e RDV** (6 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....

→ **4^e RDV** (12 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....

→ **5^e RDV** (18 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....

→ **6^e RDV** (24 mois après l'hospitalisation) :

le / / / à h.....



Pensez à chaque rendez-vous à rapporter vos bilans biologiques.



→ **Questions à poser au médecin nutritionniste**

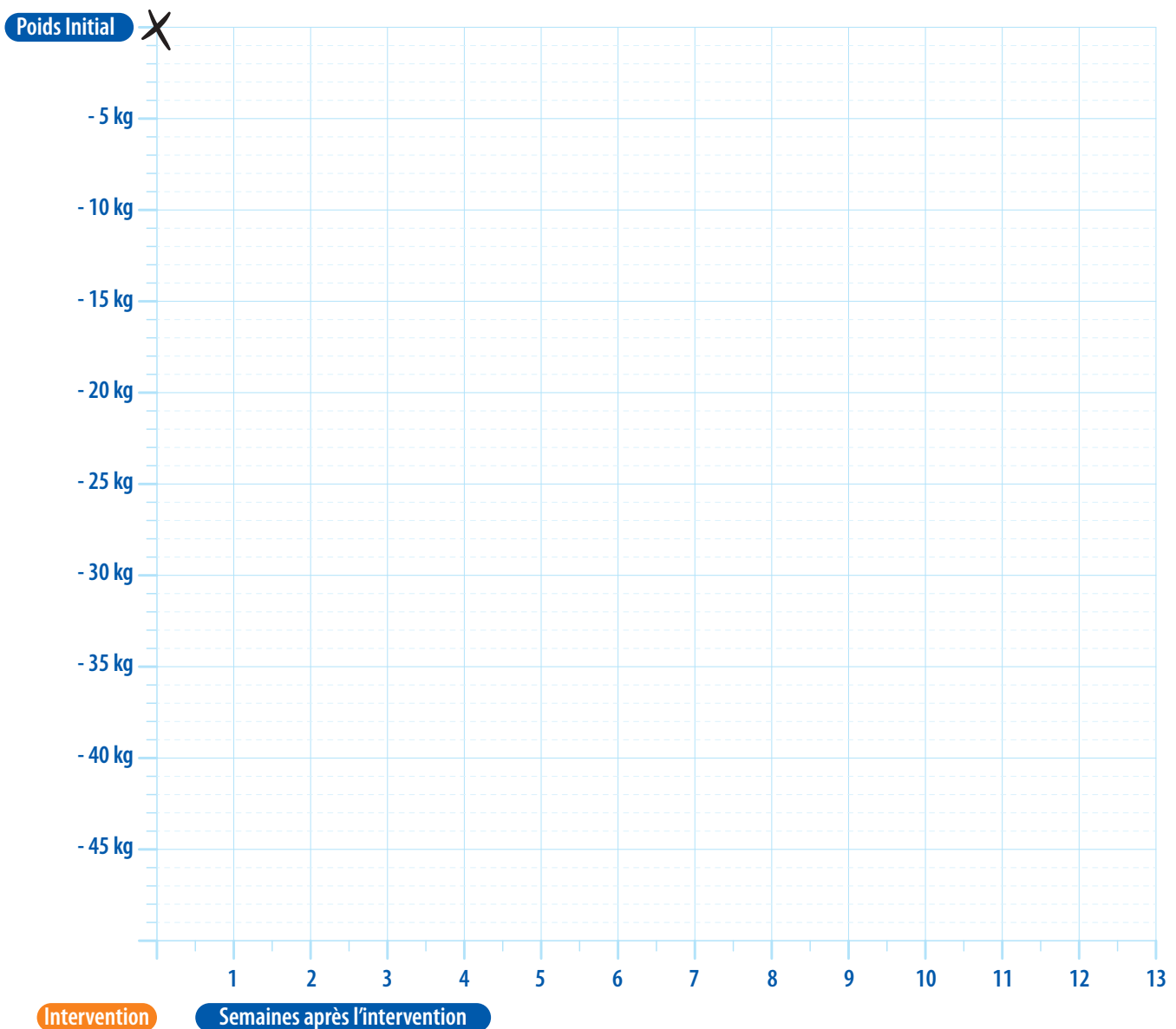
Perte de poids

La perte de poids est variable en fonction des patients et du type d'intervention.

Nous vous conseillons de remplir semaines après semaines, les courbes de poids ci-après.

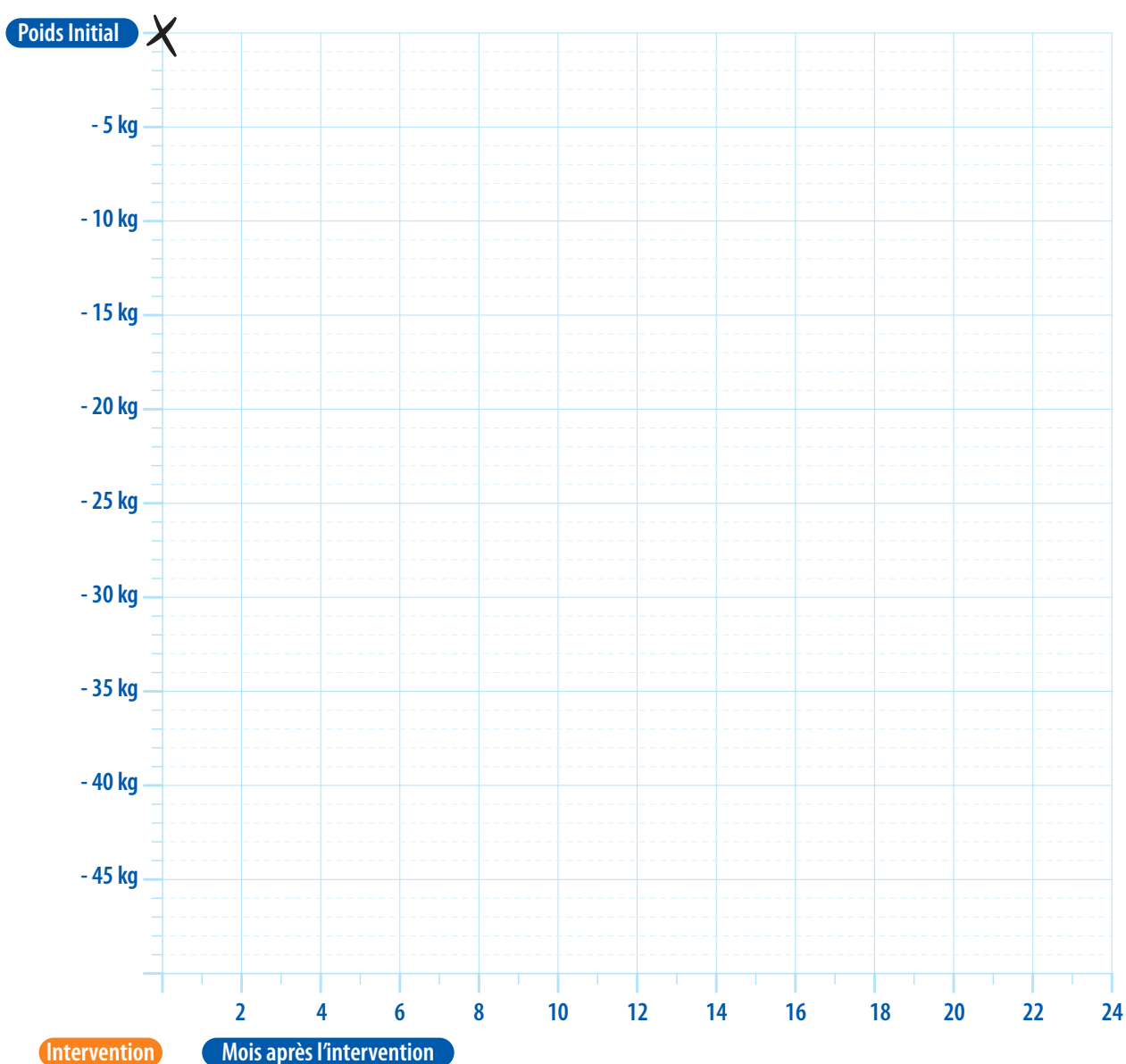
Pour mieux prendre conscience de votre perte de poids nous vous conseillons de vous prendre en photo avant l'opération puis chaque mois après l'intervention. La comparaison de ces photos vous permettra de vous aider dans la découverte de notre nouveau corps.

Évolution de votre poids au fil des semaines



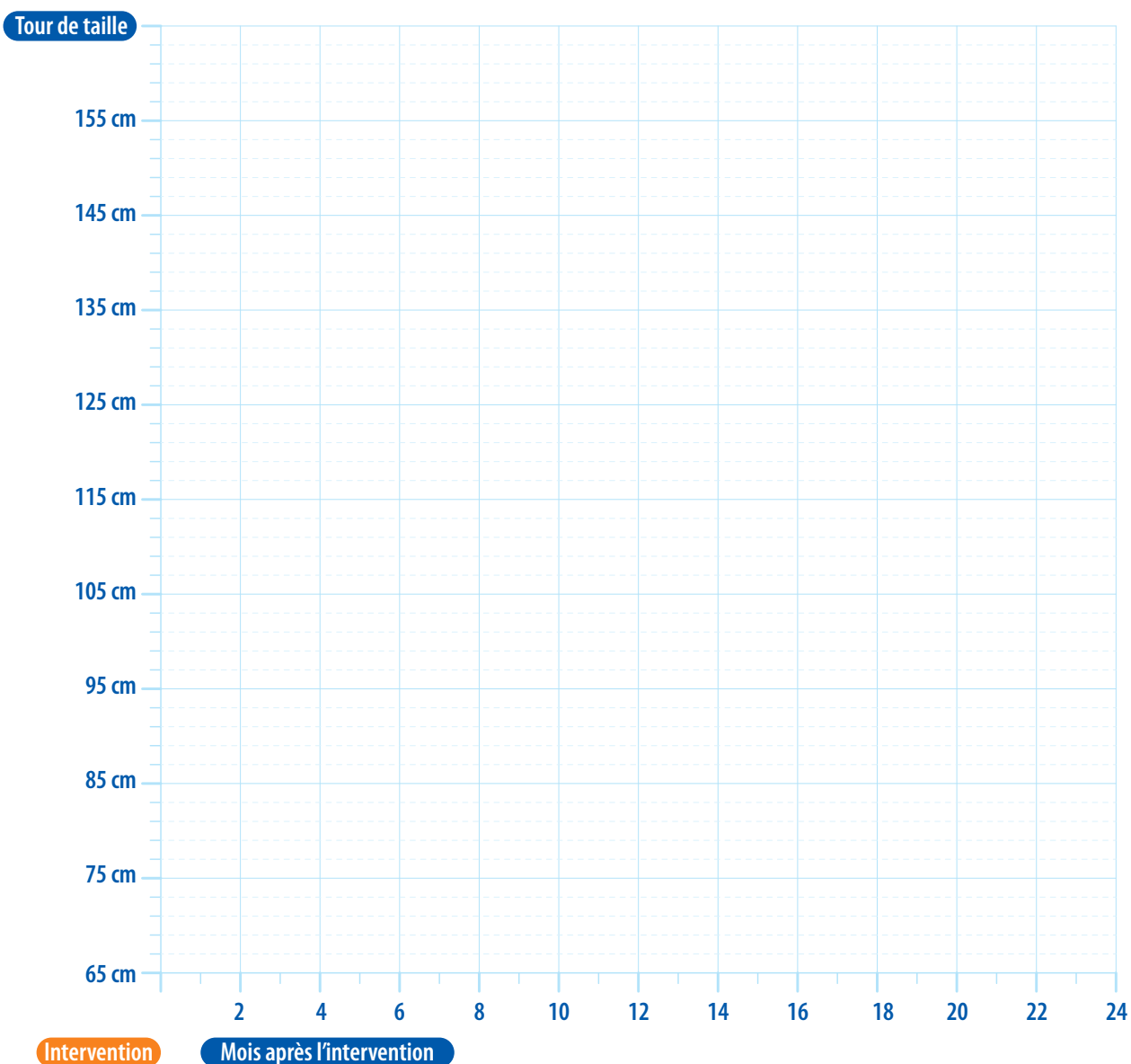
Perte de poids

Évolution de votre poids au fil des mois



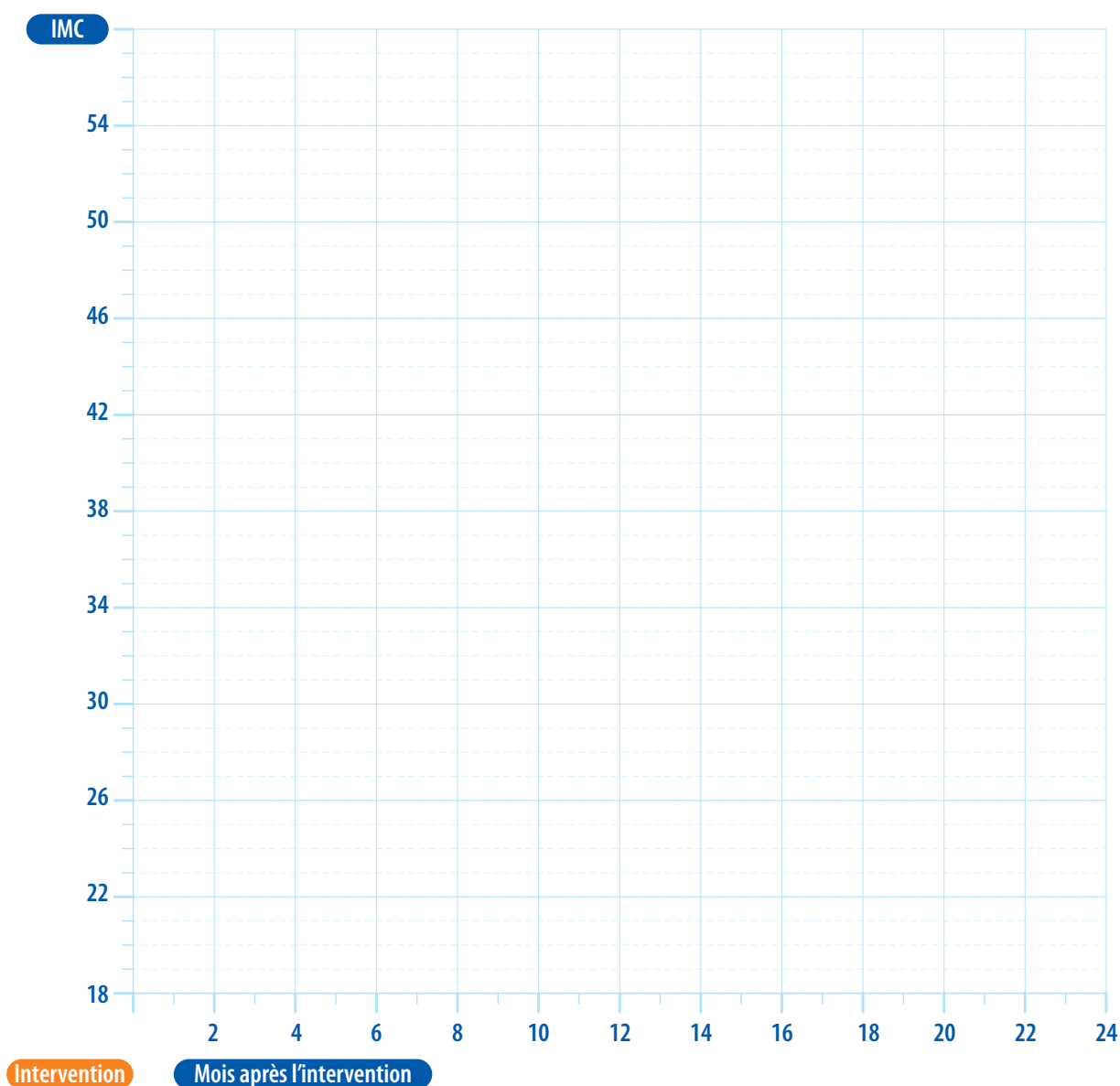
Perte de taille

Évolution de votre tour de taille au fil des mois (en cm/mois)



Indice de masse corporelle

Évolution de votre IMC au fil des mois (kg/m²/mois)



Les questions que vous vous poserez

J'aimerais reprendre une activité physique.

Les 15 premiers jours évitez toute activité physique intense et le port de charges lourdes (comme des enfants en bas âge par exemple). Reprenez progressivement la marche, puis une activité physique régulière. Nous vous rappelons que l'activité physique permettra d'améliorer la perte de poids.

Par exemple essayez de marcher 30 min par jour, ou de prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur ... N'hésitez pas à demander conseil à votre kinésithérapeute.

J'ai été opéré(e) il y a 15 jours. Je suis très fatigué(e). Je ne me sens pas encore capable de reprendre le travail.

Cas fréquent surtout après un BYPASS ou un switch duodéno pancréatique. Prenez bien vos vitamines et minéraux. Augmenter les protéines dans votre alimentation, pensez à enrichir vos préparations : fromages, lait en poudre dans les purées et soupes, œufs, et dès que possible viandes moulinées et poissons...

Vous pouvez également prendre des compléments alimentaires riches en protéines vendus en pharmacie.

Marchez tous les jours. Voyez votre médecin traitant pour rallonger de quelques jours l'arrêt de travail si il le juge nécessaire.

J'ai eu un BYPASS ou un switch. Je remange bien. Brutalement après un repas j'ai eu un malaise avec suées, l'impression de «partir» avec les jambes molles et une forte angoisse. C'est passé tout seul en quelques minutes.

Vous avez fait un «dumping syndrome». Classique chez les personnes auxquelles il a été retiré une partie de l'estomac. Cela survient après la prise d'aliments sucrés ou alcoolisés, pris seuls en dehors des repas. C'est désagréable mais pas grave. Evitez de consommer ces produits en collation. Ils ne poseront pas de problème en fin de repas.

Les questions que vous vous poserez

Quand puis-je reprendre ma pilule contraceptive ?

Vous pouvez reprendre votre contraception orale, 1 mois après votre intervention.

En attendant de reprendre la pillule, vous devez penser à d'autres moyens de contraception (préservatif, implant ...) et en discuter avec votre gynécologue.

Je me suis fait(e) opérer il y a plus 1 mois mais pourtant je me sens fragile, bouleversé...

La perte de poids qui suit l'intervention, va révéler en vous des sentiments contradictoires. Un grand soulagement dû à la perte de tous ces kilos... mais aussi une fragilité due à la nouvelle situation dans laquelle vous vous trouvez maintenant : nouvelle perception de votre corps, le regard des autres, le décalage entre votre tête et votre corps.

Ses bouleversements sont tout à fait légitimes, un psychologue ou un psychiatre peuvent vous aider à traverser ces changements.

Je suis opéré(e) depuis plus de 6 mois. J'ai bien perdu. Je perds mes cheveux, mes ongles sont cassants et ma peau est sèche.

C'est principalement lié à la perte de poids rapide, vous pouvez aussi être carencés en protéines, vitamines du groupes B, peut-être magnésium, zinc et sélénium. Voyez votre médecin nutritionniste ou votre médecin traitant pour vous faire prescrire un bilan et des compléments en vitamines et minéraux. Manger des fruits et légumes, du poisson, des noix, du pain ou riz complet.

J'ai bien perdu. Mais je continue à regarder les vêtements «grandes tailles». Je crois que je ne me vois pas comme je suis devenu(e). Je me sens un peu bizarre. Pourtant je ne regrette rien..

Vous avez un trouble du schéma corporel. Classique quand on a perdu facilement et vite. Occupez-vous de votre corps, mettez des crèmes, faites les magasins avec un ou une ami. Prenez vous régulièrement en photo, tous les mois pour mieux voir la perte de poids. Si le trouble persiste, revoyez le psychiatre qui vous a vu en pré-opératoire. Il est maintenant temps de revenir sur votre histoire qui a fait que vous avez eu besoin de «ce gros corps». Vos sentiments sont peut-être mis à nus maintenant.

J'ai bien perdu. Pourtant, dans mon couple rien ne va plus. Mon conjoint(e) est plus jaloux. J'ai envie de continuer les changements dans ma vie. J'ai une libido qui est revenue, mais le désir de mon conjoint est différent. On se dispute plus souvent. Je ne supporte plus ses défauts.

Vous avez changé. Plus léger(e), plus actif(ve), plus sensible, plus de tout ! Cela faisait si longtemps que vous étiez enfermé(e) dans ce poids, triste, affaibli(e), vous sentant moche et éteint(e). Il faut vous reconstruire. Cela va prendre du temps. Le conjoint est aux premières loges. Cela va trop vite. PARLEZ-EN ensemble, avec votre médecin, le psychiatre.

N'hésitez pas à recourir à la psychothérapie de couple pour vous aidez à mieux vous comprendre, sans colère. Il n'y a pas de honte. C'est fréquent.

Quand puis-je envisager une grossesse ?

Il est grandement conseillé d'éviter de tomber enceinte dans l'année qui suivent votre intervention, mais après il n'y a pas de risque.

Si vous avez le projet de concevoir un enfant, parlez en à votre médecin nutritionniste ou endocrinologue qui vous a suivi tout au long de votre parcours chirurgical.

En cas de grossesse, il est très important de prévenir votre médecin nutritionniste ou endocrinologue, car il sera amené à adapter votre supplémentation en vitamines et minéraux.

Les questions que vous vous poserez

Je suis opéré(e) depuis plus de 2 ans, je ne suis plus obèse (IMC<30), mais mon corps ne me satisfait pas, à quel moment je peux envisager d'avoir recours à la chirurgie esthétique ?

Une perte importante de poids peut entraîner un surplus de peau au niveau des bras, de l'abdomen, des cuisses ...

Il est important pour éviter cet effet de pratiquer régulièrement une activité physique. Cependant une chirurgie esthétique peut être envisagée après la stabilisation de votre poids (>18 mois).

Après accord de votre chirurgien et/ou de votre médecin nutritionniste ou endocrinologue, vous pouvez prendre contact avec le service de chirurgie plastique du CHP St Grégoire. On vous proposera une chirurgie adaptée à vos besoins.

Depuis que je me suis fait(e) opérer, je fume plus qu'avant, ou en secret je me suis mis(e) à boire de l'alcool, trop d'alcool.

Il s'agit d'un transfert d'addiction: de l'addiction alimentaire moins possible avec la Sleeve ou le Bypass, vous sombrer dans une autre addiction pour pallier les difficultés de la vie. Les composés du tabac sont beaucoup plus toxiques après chirurgie, les risques sont également de perdre trop de poids et de faire des ulcères sur la cicatrice du petit estomac. Pour l'alcool, il est plus vite toxique notamment après BYPASS et le risque de cirrhose s'en retrouve accru. N'ayez pas honte, ces problèmes sont plus fréquents qu'on ne le croit, parlez-en à votre médecin et notre équipe lors de vos consultations. Nous saurons vous écouter et vous aider.

Mes photos

Avant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

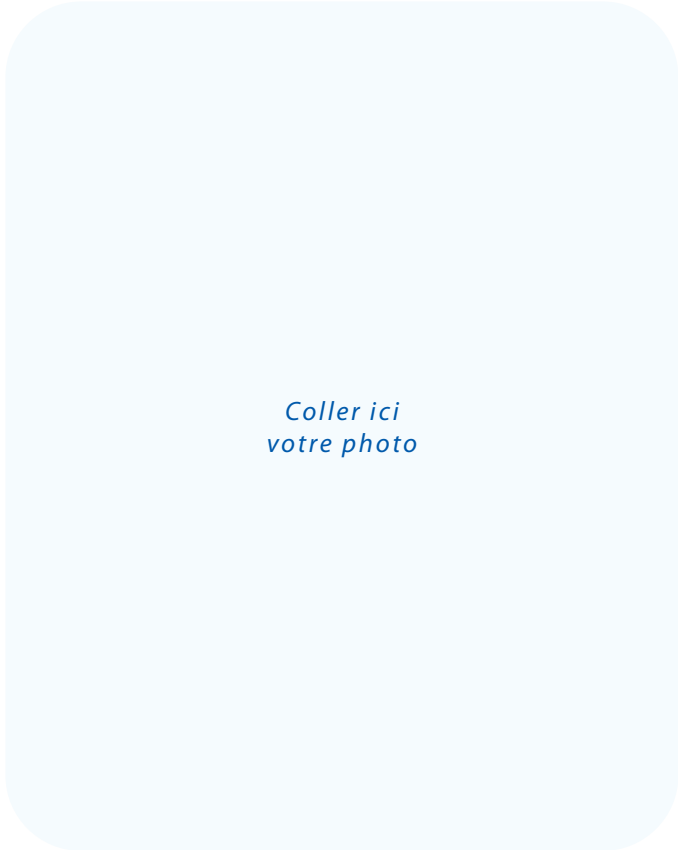
.....

.....

.....

.....

.....



2 mois après la chirurgie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

