

Factsheet

Chirurgie bariatrique – suivi postopératoire

Créé par: Corinne Chmiel

Dernière révision: 01/2023 / Dernier changement: 01/2023

PDF erstellt am: 20.05.2024

Link: <https://www.medix.ch/fr/connaissances/guide-des-bonnes-pratiques/chirurgie-bariatrique-suivi-postoperatoire/>

Introduction

Il existe une multitude de guidelines au niveau international et national qui parfois diffèrent beaucoup les unes des autres. La SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders) a établi des directives pour le suivi bariatrique en Suisse. Selon ces directives, les centres bariatriques sont en fait tenus d'assurer le suivi à vie pour leurs patients. Cependant, les patients préfèrent souvent que le suivi soit effectué par leur médecin de famille, en particulier à moyen terme. C'est pourquoi il est important que les médecins de famille disposent d'un modèle de suivi basé sur les données probantes. Ceci est l'objectif de cette fiche d'information.

2. Contrôles réguliers

Les contrôles cliniques de suivi en cas d'évolution sans problèmes varient quelque peu selon les centres; en général deux, quatre, huit et douze semaines après l'opération, puis tous les trois mois. Au cours de la 2e année postop tous les six mois, puis une fois par an, plus fréquemment et de manière plus ciblée en cas de problèmes. Les contrôles de suivi comprennent non seulement en laboratoire y compris des nutriments (tableau 2), mais aussi des contrôles du poids et de la tension artérielle, l'adaptation de la médication en fonction des comorbidités ainsi que des conseils sur l'alimentation et l'exercice physique. L'instruction nutritionnelle détaillée et une évaluation de la situation en matière des micronutriments devrait en tous cas être la norme avant l'opération bariatrique, mais il est important de bien surveiller ce standard aussi après l'opération.

Checklist pour les contrôles réguliers

| | |
|--|--|
| Sutures | <ul style="list-style-type: none"> En général enlever les sutures 10–14 jours après l'opération selon les indications du rapport de sortie |
| Généralités | <ul style="list-style-type: none"> Prophylaxie de la thrombose recommandée pendant 3 semaines postop, puis en fonction de la mobilité et des facteurs de risque Evolution du poids Adaptation de la médication en cas de comorbidités Evaluation du comportement alimentaire et conseils correspondants; rendez-vous pris chez la consultation diététique? Motivation à faire du sport Encouragement à participer à des groupes d'entraide Screening pour maladies psychiques, y compris comportement addictif Contrôle de la mise en oeuvre d'une supplémentation alimentaire pour la prophylaxie des carences suite à une malnutrition ou malabsorption Contrôles de laboratoire spécifiques voir tableau 2 |
| Troubles gastro-intestinaux | <ul style="list-style-type: none"> Interrogation ciblée des symptômes: douleurs abdominales, vomissements, selles, reflux, symptômes de dumping Comme jusqu'à ¼ des patients post-bariatrie développent des ulcérations gastriques, il est recommandé de prendre des inhibiteurs de la pompe à protons (40 mg/jour) pendant au moins 6 mois après tout type d'intervention, puis de diminuer lentement en fonction des symptômes A cause de la composition biliaire modifiée et la perte de poids rapide, les calculs biliaires symptomatiques sont fréquent après bariatrie. C'est pourquoi il est recommandé à titre prophylactique de l'acide ursodésoxycholique 300 mg 2 fois par jour pendant 6 mois pour les patients avec vésicule biliaire |
| Diabète Hypertension artérielle | <ul style="list-style-type: none"> Une baisse de la tension artérielle et de la glycémie après la chirurgie bariatrique est souhaitée et attendue, de sorte qu'un suivi étroit avec une éventuelle adaptation de la médication fixe est nécessaire |
| Anticoagulation orale (ACO) | <ul style="list-style-type: none"> Après l'héparisation adaptée au poids, le traitement par antagonistes de la vitamine K (AVK, phenprocoumon/Marcoumar®) est préférable aux nouveaux ACO directs (données insuffisantes et meilleure possibilité de surveillance en cas de forte modification de la résorption et de variation du poids) En postopératoire, il convient de contrôler étroitement l'INR et d'adapter la dose à la situation nutritionnelle. Au cours des 6 premières semaines, il est typique que le besoin en AVK est réduit; au fur et à mesure de l'évolution, le dosage retrouve en général le niveau préopératoire |
| Contraception | <ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé une contraception pendant 2 ans après l'opération. Il est déconseillé de débiter une grossesse avant ce délai Bypass gastrique: en raison de la résorption incertaine, il est recommandé d'utiliser des contraceptifs parentéraux ou in-utéro (selon les gynécologues) Sleeve Gastrectomie: pas d'adaptation nécessaire (contraception orale toujours possible) |
| Médicaments à marge thérapeutique étroite (par ex. lithium, anticonvulsivants) | <ul style="list-style-type: none"> Toutes les interventions bariatriques modifient l'absorption et la biodisponibilité des médicaments, des contrôles étroits des taux sont donc nécessaires |
| Ostéodensitométrie (mesure de la densité osseuse/mesure DXA) | <ul style="list-style-type: none"> Dans les centres, les contrôles des DXA de routine sont souvent effectués régulièrement (par ex. 2, 5 et 10 ans après l'opération), mais l'utilité de ces examens n'est pas prouvée par des données. Une ostéodensitométrie est toutefois effectuée lors du premier examen (préop) |

3. Gestion de la nutrition, y compris les micronutriments

Supplémentation

- En raison de la faible quantité de repas et de la malabsorption il existe un risque de carence en micronutriments et protéines après une intervention bariatrique. C'est pourquoi tous les patients reçoivent une **supplémentation**, en général en forme de **préparation multivitaminée (MVM)**
- Le calcul exact de besoins dépend également des habitudes alimentaires des patients. Ce calcul des besoins est le domaine de la consultation diététique. Le tableau 1 indique des valeurs indicatives
- Les recommandations servent à la **prophylaxie d'une carence**. En cas de carence avérée ou de symptômes correspondants, la dose doit être adaptée
- Il n'existe pas de données ou de recommandations sur la durée de la supplémentation prophylactique après **LAGB (Laparoscopic Adjustable Gastric Banding)** ou **Sleeve Gastrectomie (SG)**
- Pour tous les **bypass**, une **supplémentation à vie** doit être mise en place. En fonction de l'alimentation et la procédure chirurgicale, un apport suffisant en macro- et micronutriments peut ainsi être assuré du moins en partie
- **Supplémentation standard**
 - **Préparation MVM 1** une carence intracellulaire **x/d** (non payée par l'assurance maladie, par ex. Supradyn[®], FitForMe[®])
 - **1'200–1'500 mg de calcium par jour** (par l'alimentation et la supplémentation ensemble): initialement 2 x par jour Calcimagon D3 (500 mg de calcium) en cas de résorption postopératoire réduite et d'habitudes alimentaires modifiées, dès 3 mois postop, déterminer l'apport en calcium dans l'alimentation et adapter la supplémentation
 - **3'000 UI de vitamine D**, adaptation selon les taux plasmatiques, voir tableau 2.

Tableau 1: Supplémentation prophylactique après chirurgie bariatrique ou métabolique

| | SG | pRYGB | BPD-DS |
|--|---|---|--------------------|
| Protéine | > 60 g/jour | > 60 g/jour | > 90 g/jour |
| Acide folique | Préparation MVM 2 x/jour | 600 mcg | |
| Vitamine B1 | Préparation MVM, pas de recommandation de dosage | | |
| Vitamine B12 | Orale: 1'000 mcg/jour Intramusculaire: 1'000–3'000 mcg tous les 3 à 6 mois | | |
| Vitamine A | Préparation MVM 2 x/jour | | 1 x 10'000 UI/jour |
| Vitamine D | Au moins 3'000 UI/jour, concentration sérique > 30 ng/ml | | |
| Vitamine E, K | Préparation MVM 2 x/jour, pas de recommandation de dosage | | |
| Citrate de calcium | 1'800–2'400 mg/jour | | |
| Fer | Préparation MVM 2 x/jour | 50 mg/jour | 2 x 100 mg/jour |
| Citrate de calcium | 200 mg/jour | | |
| Zinc | Préparation MVM 2 x/jour | | 8–15 mg/jour |
| Cuivre Sélénium | Pas de recommandation | Préparation MVM 2 x/jour avec 2 mg de cuivre/jour | |
| Préparation MVM = Préparation multivitaminée et minéralisée. Veiller à ce que la préparation soit riche en micronutriments SG: Estomac tubulaire; pRYGB = bypass gastrique proximale Roux-en-Y; BPD-DS = diversion biliopancréatique avec switch duodénal | | | |

Monitoring

- Comme les carences ne sont pas rares, il est recommandé malgré la supplémentation de contrôler les micronutriments à certains intervalles et en fonction de la méthode chirurgicale. L'ampleur de ces contrôles peut varier considérablement selon les différentes directives nationales et internationales, mais peu de ces contrôles recommandés sont basés sur des preuves!
- Outre les coûts considérables d'une analyse régulière complète non ciblée des micronutriments, il faut également considérer la validité limitée des taux plasmatiques réduits quant à la détection de véritables carences en micronutriments. On sait par exemple que pour le zinc, le magnésium ou le sélénium, des taux plasmatiques réduits ne reflètent pas toujours une carence intracellulaire
- Seuls les contrôles standard des micronutriments suivants sont recommandés à intervalles réguliers avec au moins une certaine évidence scientifique (tableau 2): calcium sérique, ferritine, vitamines B1 et B12, vitamine D et acide folique
- Les autres contrôles de micronutriments devraient être effectués uniquement et individuellement en cas de symptômes cliniques, de manière ciblée en cas d'éventuels indices de carence en

nutriments et en fonction des habitudes alimentaires

- Certains de ces symptômes peuvent se manifester subtilement, comme par exemple la perte de l'acuité visuelle nocturne ou les troubles de mémoire et de cognition. D'autres symptômes de carence sont plus évidents, comme les ongles cassants ou la chute des cheveux. Le tableau 3 donne des indications sur les situations de carence spécifiques.

Tableau 2: Contrôles de laboratoire postopératoires en cas d'évolution sans complications

| | SG | pRYGB | BPD-DS |
|--|--|---|--------|
| | Après 6 und 12 mois, puis annuellement | Après 3, 6 et 12 mois, puis annuellement (en cas de bypass distal, tous les 6 mois) | |
| Petit hémogramme/CRP | ✓ | ✓ | ✓ |
| Hba1c | Si initialement pathologique et selon le profil de risque individuel (voir GL Check-up) | | |
| Bilan hépatique | Si initialement pathologique et selon le profil de risque individuel | | |
| Créatinine | Si initialement pathologique et selon le profil de risque individuel | | |
| Lipides | Selon le profil de risque individuel (voir GL Check-up) | | |
| Calcium | ✓ | ✓ | ✓ |
| Acide folique | ✓ | ✓ | ✓ |
| Férritine | ✓ | ✓ | ✓ |
| 25-OH-Vit D | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vitamine B1 | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vitamine B12 | ✓ | ✓ | ✓ |
| Protéine | | | |
| Vitamine E | | En cas de désir de grossesse | |
| Vitamine K | | | |
| Vitamine A | | En cas de désir de grossesse | |
| Cuivre | | | |
| Sélénium | | | |
| Zinc | | | |
| Parathormone | | | |
| INR/Quick | | En cas de désir de grossesse | |
| Densité osseuse (DXA) | Seulement en cas de risque individuel particulier | | |
| Note: Les examens imprimés en gras sont obligatoires, les autres facultatifs/individuels | | | |
| SG = estomac tubulaire; pRYGB = bypass proximal Roux-en-Y; BPD-DS = diversion biliopancréatique avec switch duodénal | | | |

Tableau 3: Indications cliniques de symptômes de carence après chirurgie bariatrique

| Substrat | Symptômes/séquelles |
|---------------|---|
| Vitamine D | Hypocalcémie, ostéomalacie, crampes, douleurs musculaires, risque accru de fractures, tendance aux chutes |
| Vitamine B12 | Anémie mégaloblastique, polyneuropathie, problèmes de concentration |
| Acide folique | Anémie macrocytaire, risque de spina bifida |
| Fer | Anémie, chutes des cheveux, fatigue, rhagades des commissures des lèvres, altérations des ongles |
| Zinc | Troubles de la cicatrisation, défauts des muqueuses, éruptions cutanées, impuissance, fonction immunitaire réduite, altération des ongles |
| Vitamine A | Xerophthalmie, héméralopie, perte du goût (rarement après diversion biliopancréatique) |
| Vitamine E | Ophthalmoplégie, neuropathie périphérique, hémolyse (rarement après diversion biliopancréatique) |
| Vitamine K | Troubles de la coagulation (rarement après diversion biliopancréatique) |
| Vitamine B1 | Engourdissement/picotement des extrémités, vomissements, confusion, ataxie, encéphalopathie de Wernicke, Beri Beri |
| Vitamine B6 | Acné, rhagades des commissures des lèvres |
| Sélénium | Dysfonctionnement des muscles squelettiques, cardiomyopathie |
| Cuivre | Anémie normochrome normocytaire, neutropénie, ataxie |

4. Contrôles instrumentaux

Certains centres recommandent, en fonction de la méthode d'opération, des contrôles radiologiques ou endoscopiques étendus à intervalles réguliers, tels que les sonographies de l'abdomen, des brassages, des oesophagogastroduodénoscopies, etc. Cette démarche **n'est pas** fondée sur des preuves. Etant donné que les complications sont rares*, les contrôles instrumentaux devraient être envisagés **uniquement** en cas de **symptomatologie individuelle**.

* Incidence: Le nombre de complications périopératoires graves et de complications postopératoires précoces est faible entre les opérateurs expérimentés dans les centres spécialisés

- Taux de complications peropératoires 0,69–5 %
- Taux de complications précoces 0,2–10 %
- Taux de mortalité périopératoire 0,08 %
- Taux de réhospitalisation précoce 2,75 %
- Taux de réopération précoce 0,7–7,6 %.

5. Situations particulières (complications)

5.1. Urgences liées à la chirurgie → Service des urgences

| Diagnose | Symptômes | Particularités |
|---|--|---|
| Insuffisance de la suture | Douleurs abdominales aiguës, chute de l'Hb | En général 10 à 14 jours postop |
| Infection de la plaie | Douleur à la pression ou durcissement dans la zone des trocars | La rougeur et l'échauffement manquent souvent au début en raison de l'obésité |
| Sténose au niveau de la gastroentérostomie après bypass gastrique | Alimentation impossible, dans les cas extrêmes même pas des liquides | En général 4–6 semaines postop, mais peut survenir même des années plus tard |
| Hernie interne | Douleurs abdominales persistantes de type colique | Peuvent survenir à tout moment, notamment des années plus tard |

5.2. Complications liées à l'alimentation → référence rapide vers un centre d'obésité

| Diagnose | Symptômes | Particularités |
|--|---|---|
| Syndrome de dumping | Nausées, diarrhées, céphalées, flush, tachycardie | Chez env. 50 % des personnes opérées, en particulier si elles ne respectent pas les consignes alimentaires en postopératoire |
| Développement d'intolérances alimentaires, malabsorption | Flatulence, diarrhées, douleurs abdominales/coliques, stéatorrhée | |
| Prise de poids secondaire | | Fréquente à partir de 2 ans postop |
| Néphrolithiase | Douleurs des flancs et du dos | Plus fréquent en cas d'intervention pour malabsorption (BPD; bypass distal) Souvent mal interprété comme syndrome vertébral spondylogène |

5.3. Complications psychiatriques → référence rapide vers un centre d'obésité et/ou le service de consultation psychiatrique

| Diagnose | Symptômes | Particularités |
|---|--|---|
| Psychopharmacothérapie | Aggravation de la maladie psychique, apparition d'effets secondaires | Adaptation éventuelle de la dose et détermination des taux plasmatiques, éventuellement changer les médicaments |
| Dépressivité | Manque de joie, d'intérêt, de motivation, troubles/changements du sommeil et de l'appétit, idées suicidaires | Peut mener à des problèmes d'adhérence, surtout en cas de perte de poids insuffisante |
| Aggravation d'une maladie psychique préexistante, autoagression, suicide | Cela doit faire l'objet d'une enquête active et régulière. Risque de suicide postop accru (4 x plus élevé que dans la population générale) | Suicidalité fréquente 2-3 ans postop et en cas de perte de poids insuffisante |
| Troubles liés à la consommation de substances (alcool et autres) | Signes d'intoxication | Une consommation nocive ou une dépendance peuvent développer rapidement Observer les paramètres de laboratoire |
| Binge Eating, Loss of control Eating | Perte de poids insuffisante, complications somatiques (voir ci-dessus) | Souvent seulement plus tard dans l'évolution |

6. Littérature

1. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 02/2018.
2. Gebhart, M: Nachsorge von bariatrischen Patienten. *Therapeutische Umschau* (2019), 76(3), 154-160
<https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001078>.
3. Hamad G: Bariatric surgery: postoperative and long-term management of the uncomplicated patient. UpToDate, aufgerufen 12/2022.
4. Kushner RF, et al.: Bariatric surgery: postoperative nutritional management. UpToDate, aufgerufen 01/2023
5. Fink J, et al.: Adipositaschirurgie: Gewichtsverlust, metabolische Veränderungen und Nachsorge. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119:70-80; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0359.
6. Ernst B, Schultes B. Mikronährstoffe bei Adipositas und nach bariatrischer Chirurgie. Gynäkol. Endokrinol. CH. 2021;24(3):128-37. German. doi: 10.1007/s41975-021-00207-x. Epub 2021 Aug 31. PMID: PMC8406383.
7. Geir Bjørklund, et al.: Follow-up after bariatric surgery: A review. *Nutrition*, Volume 78, October 2020.
8. Widhalm K, Fallmann K: Bariatrische Chirurgie, Mikronährstoffe und Mikrobiota. Journal für Ernährungsmedizin, März 2020.

7. Mentions légales

Cette guideline a été rédigée en janvier 2023.

© Association mediX schweiz

Editrice

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Rédaction

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Auteur

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Cette guidance a été élaborée sans influence externe, avec la collaboration de tous les réseaux de médecins régionaux mediX et des réseaux de médecins associés en Suisse. Il n'existe aucune dépendance financière ou de contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêts.

Les guidelines mediX contiennent des recommandations d'actions thérapeutiques pour certains types de plaintes ou de situations de traitement. Chaque patient doit cependant être traité en fonction de sa situation individuelle.

Les guidelines mediX sont élaborées et contrôlées avec le plus grand soin, mais l'association mediX schweiz ne peut pas garantir l'exactitude – en particulier des indications de dosage.

Toutes les guidelines mediX sur Internet sous www.medix.ch

L'association mediX schweiz est un regroupement d'un réseaux de médecins et de médecins en Suisse.

Association mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zurich

Veillez envoyer vos réactions à: uwe.beise@medix.ch