

# BARIA Check

La **chirurgie de l'obésité** vise une perte de poids conséquente et durable, la régression de ses comorbidités, et l'amélioration de la qualité de vie.

Toutefois, les modifications du système digestif sont susceptibles d'entraîner des complications postopératoires et nutritionnelles potentiellement graves, notamment hématologiques (anémie), musculosquelettiques (ostéoporose, perte de masse musculaire), neurologiques (neuropathie, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, surtout lors de vomissements importants), et une dénutrition. Les déficits en Fer, vitamine D-Calcium et vitamine B12 sont les plus fréquents.

Le succès de la chirurgie repose sur la régularité du suivi, l'observance des suppléments en micronutriments et l'adhésion du patient aux changements comportementaux (activité physique et alimentation). La prise en compte de la dimension psychologique est essentielle, au vu du risque anxiodépressif et de transfert d'addiction (sucre, tabac, alcool).

Ces enjeux justifient un **suivi clinique, biologique et un accompagnement à vie**. Une prise en charge conjointe, reposant sur un partenariat entre l'équipe médico-chirurgicale et le médecin traitant, permet d'optimiser la qualité de ce suivi, centré sur le patient informé et responsabilisé. L'objectif de **BARIA Check** est de proposer une fiche pratique pour guider le médecin traitant dans sa mission de suivi, notamment en relais du Centre de référence (après 5 ans postopératoire).

## • Collaboration entre l'équipe médicochirurgicale et le médecin traitant : la clé du suivi



# FICHE DE SUIVI DU PATIENT OPÉRÉ D'UNE CHIRURGIE de l'OBÉSITÉ

(Sleeve gastrectomie et Bypass gastrique en Y)

## • Consultation type (annuelle)


- **Poids**, IMC, cinétique pondérale (reprise de poids ?), signes fonctionnels digestifs ? signes carentiels ?
- Réévaluer les **comorbidités** (rémission de l'HTA, diabète, dyslipidémie, SAHOS ?), adaptation du traitement.
- Vigilance sur l'ordonnance : gastrotoxiques déconseillés, risque de modification d'efficacité des médicaments.
- Evaluer l'**état psychique** (risque suicidaire), consommation d'alcool (transfert d'addiction). Soutien motivationnel
- Evaluer l'**adhésion aux prescriptions diététiques** (cf. infra\*)
- Encourager le maintien d'une **activité physique et sportive** (APS) régulière (cf. infra\*).
- Prescrire les **supplémentations** en micronutriments (à maintenir à vie). Evaluer l'**observance**.
- Prescrire le **bilan biologique** annuel.
- **Contraception** de longue durée privilégiée (dispositif intra-utérin, implant). Pas de grossesse avant 18 mois.

IMC, indice de masse corporelle ; HTA, hypertension artérielle ; SAHOS, syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil.

### \* Prescriptions diététiques et APS :

- **Fractionnement** alimentaire : 3 repas (sans dessert) et 2-3 collations (fruits + produits laitiers).
- Alimentation variée **équilibrée**. Apports **protéiques** suffisants (viande-poisson-œuf) : 2 portions par jour minimum, et 3 produits laitiers par jour.
- **Manger lentement** (> 20min). Ecouter et respecter les signaux de faim et rassasiement.
- **Boire en dehors** des repas, boissons gazeuses à éviter.
- Pratiquer une **APS** adaptée : 45min, 3 fois par semaine (ex : marche, salle de remise en forme, piscine).

### ➔ Adresser au centre de référence en cas de :

- Suspicion de complication chirurgicale
- Vomissements (supplémenter en vit. B1)\*
- Grossesse 
- Reprise de poids > 10%
- Déficit persistant en micronutriment(s)
- Hypoglycémies avec signe neuroglucopénique
- Difficultés psychologiques
- Rupture de suivi avec l'équipe de référence, dans les 5 ans suivant l'intervention.

\*en prévention de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

## • Bilan paraclinique

Bilan biologique plasmatique annuel :

- NFS, ionogramme, créatinine, albumine, glycémie
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT,  $\gamma$ GT, phosphatases alcalines
- Bilan lipidique (si dyslipidémie préalable) : HDL cholestérol, LDL cholestérol, triglycérides
- Hémoglobine glyquée HbA1c (si diabète préalable)
- Bilan martial : Fer sérique, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine
- Calcium, magnésium, 25OH-vitamine D, parathormone
- Vitamines B9, B12, Zinc
- Densitométrie osseuse : à 2 ans de la chirurgie, puis tous les 5 ans
- FOGD : tous les 5 ans (conseillée à 1 et 3 ans, si symptômes de RGO) après sleeve et bypass en  $\Omega$

FOGD, fibroscopie œsogastroduodénale ; RGO, reflux gastro-œsophagien.

## • Supplémentation en micronutriments

Ordonnance type (QSP 3 mois) :

- **Multivitamines et Minéraux** : 1 à 2 le matin *selon la formule\**
- **CACIT - vit D3** 500mg/400ui : 1 cp matin et soir (à vie)
- **Vitamine B12** 1000 $\mu$ g : 1 ampoule à boire par semaine
- +/- **Fer\*\*** : 1 cp le midi (à distance de la prise de thé ou de calcium)

\* Exemple de complexe Multivitamines et Minéraux

- AZINC® Vitalité : 2 gélules/j (rapport qualité-prix ++)
- BION 3® Défense : 1 comprimé/j
- ALVITYL® Vitalité : 1 comprimé (à sucer ou croquer)
- ELEVIT B9® : 1 comprimé/j
- WLS® Forte : 1 gélule/j (Fer + B12 intégré) /bypass
- WLS® Optimum : 1 gélule/j (Fer + B12 intégré) /sleeve
- SURGILINE® : 1 sachet/j si difficulté à la prise de comprimé

\*\* Supplémentation martiale : si déficit ou femme réglée/enceinte

- FERO-GRAD Vitamine C® : 1 cp = 105 mg de fer
- TARDYFERON® 80 : 1 cp = 80 mg de fer
- FUMAFER® : 1 cp = 66 mg de fer
- TIMOFEROL® : 1 cp = 50 mg de fer
- FERROSTRANE® sirop : 5 ml à 15 ml (1 càc = 5ml = 34 mg)

Adresser au centre de référence pour perfusion de fer en cas d'anémie par carence martiale réfractaire, malgré supplémentation orale bien conduite ou mal tolérée.