

## **Chirurgie bariatrique**

# **Prescriptions diététiques médicamenteuses et suivi**

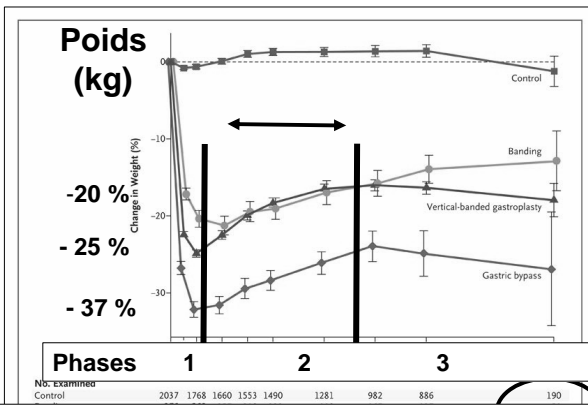
**O. Ziegler, MA. Sirveaux, L. Brunaud, N. Reibel, D. Quilliot**

**Unité Multidisciplinaire de Chirurgie de l'Obésité  
CHU de Nancy**

## **INTRODUCTION**

- Anneau gastrique ajustable (AGA), gastrectomie en gouttière (Sleeve G) et Court circuit gastrique (CCG)
  
- Recommandation Européennes (IJO 2007), Françaises (2009) et US (2009)
  
- Panorama et messages clefs

## SOS: résultats à 15 ans



NB : suivi > 80 %

Anneau: - 13 ± 14 %

GVC : - 18 ± 11 %

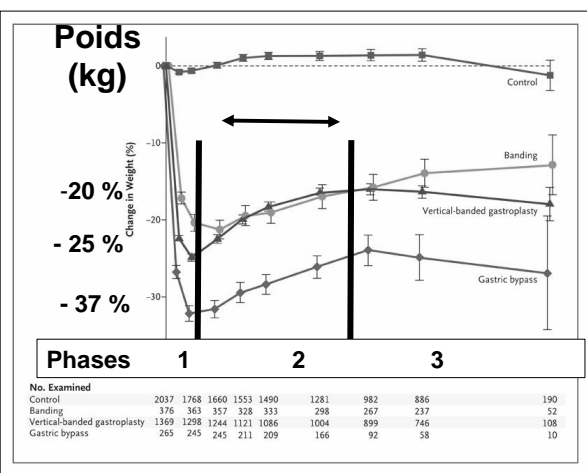
CCG : - 27 ± 12 %

Qualité de vie varie comme le Delta pondéral

Reprise 1/3 de la perte de poids  
détérioration de la QdV, humeur, dépression...

Sjöström L et al NEJM 2007, 357, 741

## SOS: résultats à 15 ans



Les "échecs"

- La reprise de poids
- Réapparition des TCA
- Décompensations psychologiques

+ Pb mécaniques

Sjöström L et al NEJM 2007, 357, 741

## Effets secondaires digestifs et nutritionnels

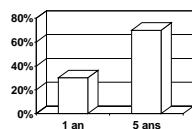
	AGA	SG	CCG
Envie de manger	↓ (restriction)	↓↓ ghréline	↓↓↓ GLP1
Intolérance alimentaire	± à +++	±	±
Vomissements (régurgitations)	± à ++	±	±
Pyrosis /oesophagite	++	-	±
Dumping syndrome Hypoglyc réactionnelle	- -	- -	+++ +
fer	+	+	+++
folates	±	±	±
Vit B12	+	+	++
Calcium/vit D	-	-	++
Zinc sélénium	±	±	++

⇒ 1) information préopératoire + sélection; 2) suivi diététique précoce

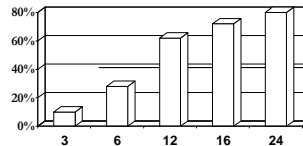
## Déficit en vitamine B12 : CCG ++



**Carence**  
30 % à 1an  
70 % à 5 ans



Halverson JD. Am J Clin Nutr 1992

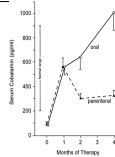


80% des patients sous  
multivitamines ont  
besoin de supplémen en  
vit B12 à 2 ans

Gasteyger, C. et al. Am J Clin Nutr

### La voie orale est possible !

C Butler Fam Pract 2006;  
Kuzminski et al Blood, 1998  
Elia M. Lancet 1998



(2000 µg/j puis 1000 µg /j puis 1X / semaine puis 1 fois par mois)

### Quelle dose ?

- 500 µg / j = efficace dans 81 % des cas Brodin RE J Gastrointest Surg 1998
- 100 µg /j → 250 µg /j → 350 µg /j = 83% → 92 % → 95,6 %  
Rhode BM et al Am J Clin Nutr. 1996- Rhode BM et al Obes Surg 1995

Résultats d'une supplémentation  
systématique 1000 µg /semaine ?  
N = 221 (sur 3 ans)

Prévention carence : oui 81 %  
Pb d'observance (passager): 15 %  
Doublement de la dose : 2 %  
Recours à la voie IM : 2 %

## CARENCES NUTRIT. RARES & GRAVES

### ■ Malnutrition protéino-énergétique

Apports : 60-120 g/j

- 1 cas de MPE avec œdème après gastroplastie verticale
  - 3 cas / 221 → albumine < 30g/l (sans sd inflammatoire) après CCG
  - Idem → Ritz P et al. Obes Surg 2008
- Risque faible lorsque les apports sont maintenus et en l'absence d'agression

### ■ Complications neurologiques

→ Aigues : Polyradiculonévrite - Encéphalopathie de Gayet -Wernicke

GW > 30 cas publiés (CCG mais également chirurgie restrictive)

↓↓↓ poids rapide, vomissements ++, perfusion de sérum glucosé sans vit B1

→ Neuropathies chroniques (vit B1, B12, cuivre...)

Myelopathies, mononeuropathies, polyneuropathies, atteintes plexiques

Mayo Clinic, n= 435 sujets 16% si chirurgie bariatrique vs 3% contrôles

### ■ Ostéoporose : risque à long terme ?

- Malabsorption du  $\text{Ca}^{2+}$  + ↓ de la Vit D → ↑ PTH → ↑ remodelage osseux
- Risques ++ chez patients peu compliants et ayant d'autres FR
- Pas d'études à long terme !

## Prescriptions médicamenteuses

### ■ Traitements des co-morbidités

- HTA, diabète , dyslipidémie : ↓↓↓

### ■ Alerte pour

- Diurétiques : déshydratation (NB : ↓ boissons)  
perte de magnésium, potassium, thiamine...
- AINS : ulcère anastomotique

### ■ Prévention de la lithiase vésiculaire (sludge)

- → 30 % après CCG (AGA...): perte de poids rapide (25 % pds initial)
- Intérêt de l'acide ursodéoxycholique en prévention : ≥ 6° mois
- Ursolvan ® 200 mg 3x/j or Delursan ® 250 mg 2x/J
- Reco Eu, Fr, US

## L'ordonnance de compléments nutritionnels

### ■ Principes

- Selon la procédure chirurgicale
- Selon les apports alimentaires / perte de poids
- Selon la qualité de l'alimentation (éducation)

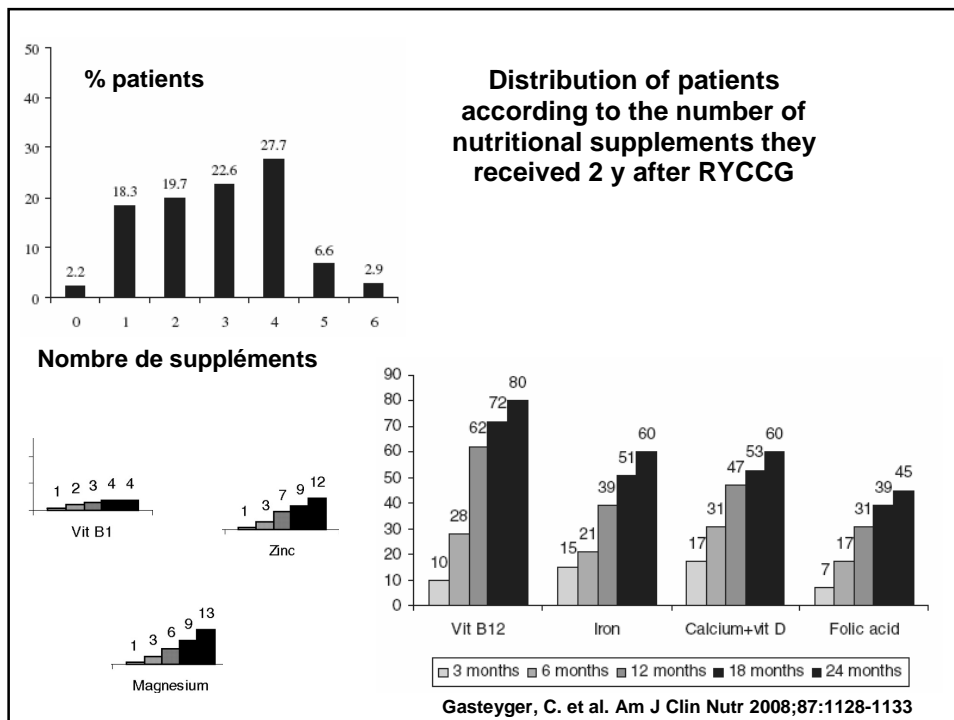
Horaires de prises

### ■ Pratique

- **Multivitamines + oligoéléments : souvent ne suffit pas !**
- **Fer ± vitamine C**
- **Calcium (citrate): 1000 – 1500 mg/j + vitamine D : 400 – 800 U**
- **Vitamine B12**

#### Problèmes multiples

- Coût des suppléments – observance : médiocre
- Coût de la surveillance biologique
- Qui prescrit ou surveille ?



## ORGANISATION DU SUIVI (avant et après)

- Responsabilités / partenariat
  - Le chirurgien + le médecin nutritionniste
  - L'équipe multidisciplinaire : diét. psycho, kiné , éducateurs sportifs
  - + le psychiatre de référence
  - Le médecin traitant
  - Association de patients
  
- Education thérapeutique : avant et après
  - Tables rondes (diététicienne et psychologue) (= thérapie de groupe)
  - Vécu de la perte de poids, image et estime de soi, relations sociales
  - Evolution du comportement alimentaire, la « faim émotionnelle »
  
- Dépistage de formes de « décompensation psychologique »
  - Dépression (risque de suicide ?)
  - Alternance de dépendances : alcool, médicaments ...
  - Comportement anorexique...

- 1) Si TCA : Thérapie cognitive comportementale  
 2) Psychothérapie souvent nécessaire (avant et après)

## SUIVI CLINICO-BIOLOGIQUE : SYSTEMATIQUE ET PERSONNALISE (renforcé ou allégé)

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	1X/an
Ionogramme Numér Formule sanguine	AGA	AGA	AGA	AGA	AGA	AGA	AGA
Fer/saturation transferrine /ferritine		AGA	AGA	AGA	AGA	AGA	AGA
Vitamine B12 (+/- ac méthyl malonique)			AGA	AGA		AGA	AGA
Folates érythrocytaires		AGA	AGA	AGA		AGA	AGA
Calcium + 25OH vit D						AGA	AGA
PTH							
DEXA Os Masse maigre ?						AGA	Tous les 2 à 5 ans
Albumine (préalbumine)				AGA		AGA	AGA

	1 mois	3 mois	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	1X/an
Ionogramme Numér Formule sanguine	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG
Fer/saturation transferrine /ferritine		AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	AGA CCG SG
Vitamine B12 (+/- ac méthyl malonique)			AGA CCG	AGA CCG SG		AGA CCG SG	AGA CCG SG
Folates érythrocytaires		AGA CCG	AGA CCG SG	AGA CCG SG	CCG	AGA CCG SG	AGA CCG SG
Calcium + 25OH vit D		CCG	CCG	CCG	CCG	AGA CCG SG	AGA CCG SG
PTH			CCG	CCG	CCG	CCG	CCG
DEXA Os Masse maigre ?				CCG		AGA CCG SG	Tous les 2 à 5 ans
Albumine (préalbumine)				AGA CCG SG		AGA CCG SG	AGA CCG SG

## CONCLUSION

### ■ Messages clefs

- Suivi à vie → les perdus de vue ?
- Un duo de responsable + équipe multidisciplinaire ;;
- ETP avant et après : prévention de l'échec
- Le rôle du médecin traitant : à valoriser
- Supplémentation nutritionnelle quasi systématique mais sur mesure

### ■ Questions

- Faut-il ↗ les apports protéiques pour préserver la masse maigre ? Vs ↗ l'activité physique ?
- Stratégie de supplémentation ?