

évaluation nutritionnelle et chirurgie bariatrique

Dr Aufrère Dubourd véronique
Médecin nutritionniste
Équipe maigrir à Nîmes
Samedi 12 janvier 2013

PLAN

- Épidémiologie de l'obésité et de la chirurgie bariatrique en France
- Prise en charge nutritionnelle préopératoire
- Prise en charge nutritionnelle post opératoire



Étude OEPI 2012

- Prévalence de l'obésité en France:
- 15% des français sont obèses (soit 6922215) IMC supérieur à 30 kg/M2
- 3.1 % des français ont un IMC entre 35 et 39.9 kg/m2 (obésité sévère = obésité classe II) soit 1434259
- 1.2% des français ont un IMC supérieur à 40kg/M2 (obésité morbide ou massive = obésité classe III) soit 550000

- La prévalence de l'obésité massive , morbide ,obésité de classe III , est passée de 0,3% en 1997 à 1.2% en 2012 = 3 millions de plus sur 12 ans = **l'obésité massive a quadruplée en 12 ans.**
- La prévalence de l'obésité sévère , obésité de classe II , est passée de 1,2% à 3% en 12 ans = **l'obésité sévère a doublée en 12 ans.**

- L'obésité sévère et massive:
- Un des enjeux importants de santé publique actuel et pour les années à venir:
- => surtout de santé (comorbidités et espérance de vie diminuée en moyenne de 20 ans)
- => surtout social et professionnel (perte de productivité , invalidité , absentéisme)



- Obésité sévère et massive =
- => prise en charge médicale souvent difficile et source d'échecs
- => **Essor de la chirurgie bariatrique**



EPIDEMIOLOGIE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

- La France = **deuxième pays au monde** en ce qui concerne la chirurgie bariatrique après les USA (5% de la population en obésité massive => 100 000 interventions bariatrique en 2003)





LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.lequotidienmedecin.fr
N° 9293
LUNDI 10 DÉCEMBRE 2012



MÉDICAMENTS DE VILLE
Stabilité des dépenses
PAGE 3



CANCER DU SEIN
Des caroténoïdes semblent protecteurs
PAGE 6



CONGRÈS HEBDO
Rhumatologie SFR 2012 à Paris
PAGES 8 & 9

eurs
elés
de d'être bar
administrati
vations et les
médecins
de leur en
santé. Les
de leur utili
sation. L
AMM est
soumis à
évaluation
des coûts
et pour
la médi
cations,
sur sa
de sa vi
de leur
de leur

Le boum de la chirurgie bariatrique

Le manque de traitements pharmacologiques et l'explosion des formes graves d'obésité, notamment chez les femmes jeunes, ont créé des conditions propices à l'expansion de la chirurgie bariatrique. En 2011, plus de 30 000 interventions ont été réalisées en France, soit une croissance annuelle de 16 % sur les cinq dernières années, selon les dernières données de la CNAM. Soumise aux recommandations de la HAS, cette chirurgie, qui nécessite une équipe multidisciplinaire entraînée, reste à haut risque de complications nutritionnelles et chirurgicales.

Le gouvernement

- Le boom de la chirurgie bariatrique en France:
- Selon les dernières données de la CNAM , plus de 30 000 interventions ont été réalisées en France en 2011: soit un **doublement des actes en cinq ans**, dont 66% en secteur privé.



- -40% des interventions consistent en une Sleeve
- -31% des interventions consistent en un Bypass
- -25% des interventions consistent en la mise en place d'un anneau gastrique ajustable



- 80% des interventions concernent des femmes jeunes , âgées en moyenne de 39 ans (qui vont donc vivre près de la moitié de leur vie avec une restriction gastrique et ses conséquences nutritionnelles)
- Les interventions sont très pratiquées en région parisienne , dans le nord de la France et en région PACA

Pourquoi opérer ?

- L'obésité est une maladie grave
- L'obésité est une maladie complexe , chronique du tissu adipeux
- Limites des traitements médicaux
- Efficacité de la chirurgie bariatrique
- Demande du patient (fréquente = cf forum de discussion sur le web!)

Une collaboration médioco chirurgicale

- La prise en charge de l'obésité par chirurgie bariatrique, une fois les indications et contre indications respectées s'oriente vers une collaboration médioco chirurgicale, car :
- => L'obésité est une maladie chronique et multifactorielle du tissu adipeux
- => La chirurgie bariatrique est une chirurgie fonctionnelle qui ne marche à long terme que si le patient est suffisamment éduqué et compliant
- => La chirurgie bariatrique est une chirurgie à risque = prise de décision et de responsabilité collégiale

- La place de la prise en charge nutritionnelle du patient candidat à la chirurgie bariatrique:
- elle est pré chirurgicale et post chirurgicale avec un suivi à moyen et à long terme



Prise en charge nutritionnelle préopératoire

- Recommandations HAS 2009
- « la préparation du patient est une étape fondamentale qui doit précéder tout acte chirurgical;
- Le patient doit être préparé sur les plans:
 - -psychologiques
 - -nutritionnel
 - -et de l'activité physique

Interet d'une évaluation nutritionnelle pré chirurgicale

- « le suivi des patients reste insuffisant et le nombre de patients perdus de vue encore important »
- Enquête de la Cnamts en 2002/2003:
- Le protocole de suivi n'était pas respecté pour 53% des patients
- et le nombre des perdus de vue était de 18% à 2 ans
- « d'où l'importance d'évaluer en pré opératoire la Compliance du patient de bien lui expliquer l'importance et le contenu du suivi régulier en post opératoire »



Évaluation nutritionnelle pré chirurgicale

- :
- **Pourquoi ?**
- Le sujet candidat à la chirurgie bariatrique a souvent un parcours nutritionnel ancien et conséquent , source de restriction alimentaire et de carences micronutritionnelles : **le patient obèse = un patient potentiellement dénutri**
- => prévalence de la carence en fer plus élevée chez le sujet obèse (par réduction du stock hépatique en fer)
- => carence en vitamine D par stockage dans les adipocytes
- => carences fréquentes chez le sujet obèse en vitamine B1 B9 B12 C A et E
- => carences fréquentes chez le sujet obèse en zinc , sélénium



Évaluation pré opératoire

- Comment réaliser cette évaluation préopératoire :



Évaluation pré opératoire

- 1=> **Recueillir les attentes du patient**
- Perdre du poids pour gagner quoi ?
- Évaluer le handicap lié au surpoids (handicap physique , moral, social, familial ...)
- Évaluer le degré de motivation : échelle numérique de motivation , de confiance en soi

Évaluation préopératoire

- 2=> **par un bilan nutritionnel et vitaminique**
- Mesures anthropométriques = IMC , tour de taille, impédancemétrie (mesure du métabolisme basal)
- Mesure du statut nutritionnel et vitaminique du patient (dosages albumine, hémoglobine, coefficient de saturation en fer de la transferrine, vitamine D , calcémie , thiamine, folates B12 , vitamine A) et correction préopératoire des déficits éventuels
- Ostéodensitométrie préopératoire à discuter

Évaluation préopératoire

- 3=> par l'évaluation des capacités masticatoires
- =coefficient masticatoire et bilan dentaire et prise en charge spécialisée si nécessaire



Évaluation préopératoire

- 4=> par l'évaluation du comportement alimentaire et prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (soutien psychologique, sophrologie, hypnose ...)

Évaluation préopératoire

- 5=> par la mise en place d'un rééquilibrage alimentaire personnalisé : il ne s'agit pas de mettre en place une alimentation restrictive mais au contraire d'équilibrer au mieux l'alimentation du patient sujet à la chirurgie bariatrique
- - dans la perspective de stabiliser le poids avant l'intervention
- -de modifier les habitudes alimentaires du patient en préopératoire
-
- -d'évaluer la motivation du patient , ses capacités à modifier son comportement alimentaire , ses limites dans ce changement attendu
- -d 'améliorer l'efficacité et la tolérance de la chirurgie

- Remarque :
- La mise en place de ce programme alimentaire préopératoire peut conduire à une perte de poids préopératoire , qui pour certaines équipes chirurgicales (notamment américaines) aurait un impact sur la
- diminution des complications postopératoires, sur l'acte chirurgical lui-même (abord coelioscopique amélioré par diminution de la taille du foie..) ?
- Quoi qu'il en soit , cette perte de poids si elle conduit à un IMC inférieur à celui requis ne constitue pas une non indication à la réalisation de l'acte chirurgical



- Prise en charge nutritionnelle post opératoire et suivi nutritionnel à moyen et à long terme



Recommandations HAS 2009

- *« le suivi et la prise en charge du patient après l'intervention doivent être assurés la vie durant,*
- *l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications chirurgicales ou nutritionnelles pouvant conduire à des atteintes neurologiques graves »*

- **Le poids perdu après chirurgie bariatrique:**
- Conséquence d'une restriction alimentaire importante (associée à une malabsorption de nutriment dans les techniques malabsorptives)
- Chez un patient potentiellement carencé avant l'intervention



Évaluation nutritionnelle post chirurgie

- 1=>prévention et recherche de carence vitaminique ou nutritionnelle
- = signes cliniques neurologiques et biologiques de dénutrition ou de carence vitaminique et supplémentation systématique après chirurgie de malabsorption (vitamine D calcium fer vitamine B12 folates sélénium magnésémie)

- **Carences nutritionnelles post chirurgicales :**
- =>**anneau gastrique:**
- 37% de diversification complète
- 70% : pas de viandes entières
- 20%: pas de crudités
- 15%: pas de pain frais , pas de pâtes
- =>**Bypass**
- 5 à 10% d'intolérances
- Problème d'absorption protéines fer calcium
vitamines D B12 Folates

- 2=>éducation diététique en 2 temps:
- -premier temps = réalimentation post opératoire , nécessaire pour assurer cicatrisation et consolidation du montage chirurgical:passage d'une alimentation liquide à une alimentation progressivement semi liquide à solide et conseils diététiques indispensables

- -fractionnement des repas
- -collations indispensables
- -mastication efficace
- -éviter les aliments fibreux
- -éviter les boissons gazeuses le premier mois
- -boire en dehors des repas à petites gorgées (paille)
- - éviter aliments trop sucrés (dumping syndrome dans le Bypass)
- -éviter aliments trop gras (risque de stéatorrhée)

- Dans un second temps: éducation diététique:
- Après chirurgie bariatrique => **modification de la prise alimentaire** (réductions des portions, nécessité d'une mastication efficace et lente++, inconfort digestif fréquent après la prise alimentaire => vie sociale souvent difficile au début)

-



Éducation diététique

Mise en place un équilibre alimentaire ,
souvent difficile à mettre en place chez un
sujet qui a eu un parcours nutritionnel fait
souvent de restriction et de frustrations
alimentaires (rôle du soutien
psychologique)

en collaboration avec le diététicien avec
mise en place de menus individualisés ,
de carnet alimentaire de suivi

- 3=>Évaluation de la perte de poids = cinétique de la perte pondérale :
- IMC
- Tour de taille
- Impédancemétrie: analyse de l'évolution respective de la masse grasse et de la masse musculaire et du métabolisme de base (risque de dénutrition protéique qui peut mettre en cause le pronostic vital => surveillance clinique et marqueurs protéiques biologiques)

La perte de poids après chirurgie bariatrique:

souvent spectaculaire après les trois à six
mois,

inéduicable jusqu'à la phase de stabilisation,
qui peut être source d'inconfort
psychologique: il ne s'agit plus d'un régime
que l'on peut arrêter ou reprendre à
volonté



- La stabilité pondérale
- obtenue en moyenne après 18 mois post Bypass et 12 mois après s anneau gastrique ajustable
- En pratique :
- plus de 50% des patients ne normalisent pas leur IMC , mais passent du statut de super obèse au statut de patient en surpoids

- Stagnation pondérale précoce < à un an:
- => grossesse inopinée
- => dénutrition protéique
- => hypoglycémies répétées , nécessitant des resucrages fréquents



- À long terme , l'un des principaux risque :
- la reprise pondérale

- Facteurs de risque prédisposant à la reprise pondérale ?
- =>mauvais équilibre alimentaire?
- =>dénutrition ?
- =>déficits vitaminiques ?
- =>chute du métabolisme basal?



- 4=>évaluation de la qualité de vie du patient opéré avec **bénéfices** (et **inconvénients**) de la **perte de poids** qu'il convient de quantifier (échelle numérique par exemple de vitalité, de motivation, de satisfaction ...)
- réévaluation des attentes que le patient avait exprimées en préopératoire



5=>La rééducation musculaire avec un programme de rééducation à l'effort progressif avec tonification musculaire, rééducation respiratoire, travail sur la posture et potentialisation du métabolisme basal ++

Le sujet obèse = un sujet souvent en hypokinetisme (sous activité)

proposée au mieux en préopératoire et poursuivie en post opératoire

- Dans un premier ce programme de rééducation sera réalisé par une **équipe de kinésithérapeute, avec l'aide rééducateurs sportifs spécialisés**, qui tiendra compte des conditions musculosquelettiques et cardio respiratoire du patient, de son mode de vie et de ses préférences



- Le but de ce programme est d'autonomiser le patient pour que dans un second temps il mette en place une activité physique régulière , adaptée à ses goûts et son mode de vie,
- À quand le sport sur ordonnance ??



Conclusion

- Le patient candidat à la chirurgie bariatrique devient **acteur de santé**
- La chirurgie bariatrique est un outil qui l'aide à combattre son problème d'obésité , modifiant ses habitudes de vie et alimentaires
- **Le rôle de l'équipe est de l'accompagner** afin qu'il devienne autonome , qu'il prenne confiance en lui en se sentant actif de son changement

- *MERCI DE VOTRE ATTENTION*

