

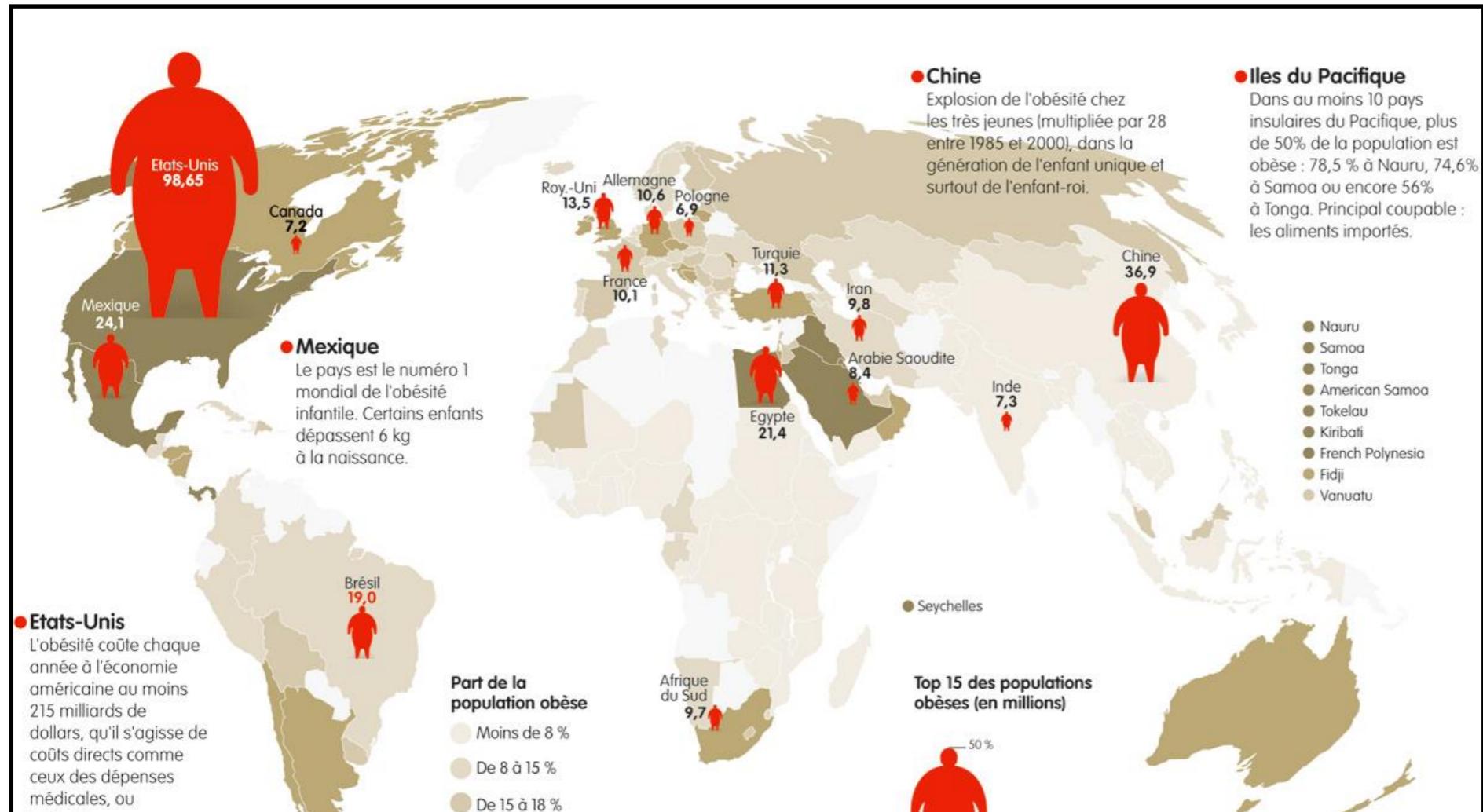
- OBESITE = MALADIE
- INDICATIONS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE ET METABOLIQUE
- PRINCIPALES TECHNIQUES DE CHIRURGIE BARIATRIQUE
- COMPLICATIONS
- RACC
- CHIRURGIE REPARATRICE



mercredi 15 nov 2018

OBESITE = MALADIE

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_prise_en_charge_de_l obeiste.pdf



500 millions de personnes obèses

2,8 millions de personnes meurt des conséquences de l'obésité et du surpoids

15% d'obèses en France

Femmes
Hommes



On compte **6 922 215** personnes obèses en 2012.

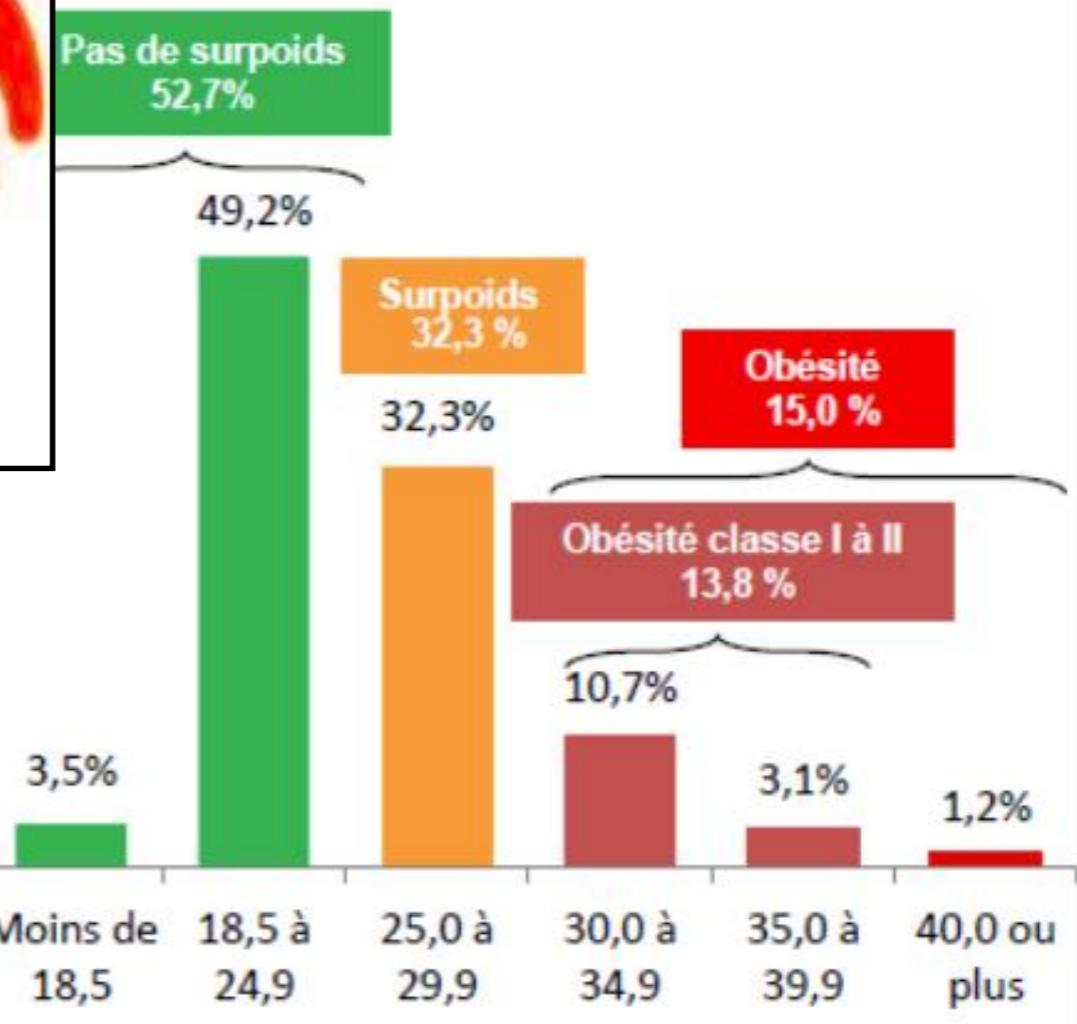
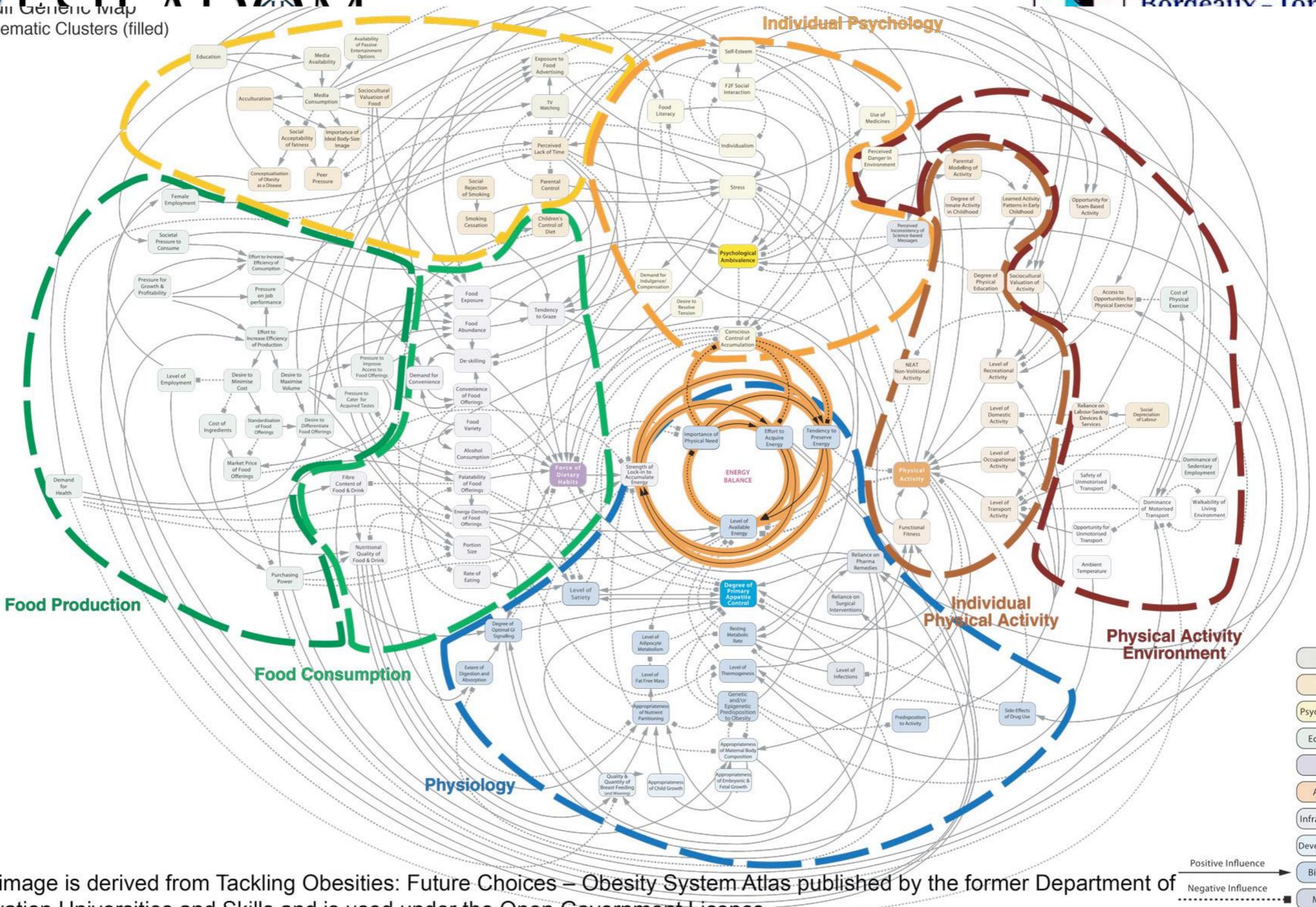


Figure 12 : Répartition de la population en fonction du niveau d'IMC

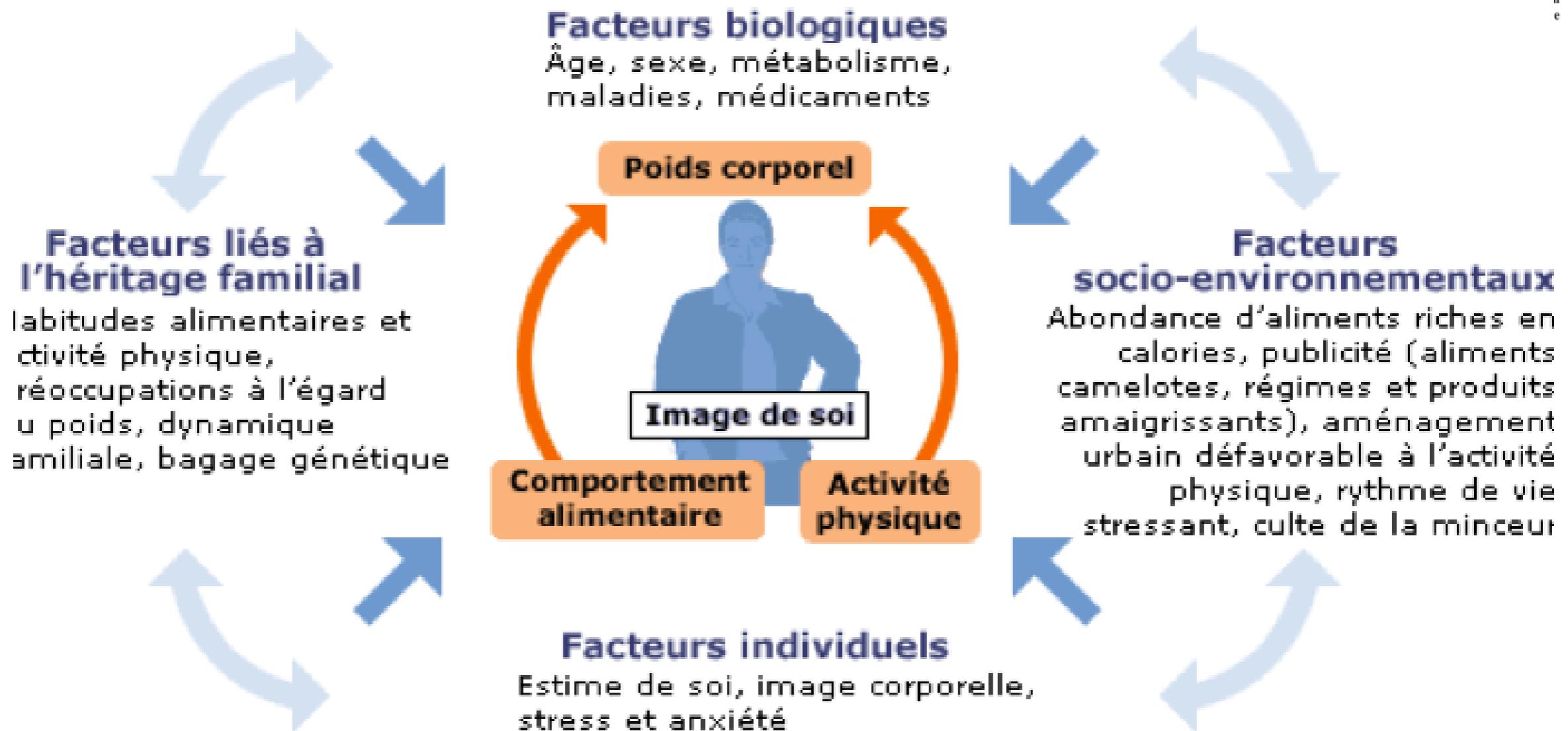


This image is derived from Tackling Obesities: Future Choices – Obesity System Atlas published by the former Department of Innovation Universities and Skills and is used under the Open Government Licence.

Positive Influence →
Negative Influence ←

mercredi 15 nov 2018

Facteurs d'influence sur le poids



mercredi 15 nov 2018

Dérèglement des capacités métaboliques

- Résistance à l'insuline
- Perte du catabolisme cellulaire
- Augmentation de la synthèse et stockage des graisses

Dérèglement du contrôle central des fonctions vitales ?

- Trouble de la prise alimentaire (hypothalamus)
 - Trouble de la tension arterielle
- Trouble du sommeil et de la respiration (SAOS)



Au fait

5,95 gr



100 gr = 10 Mx



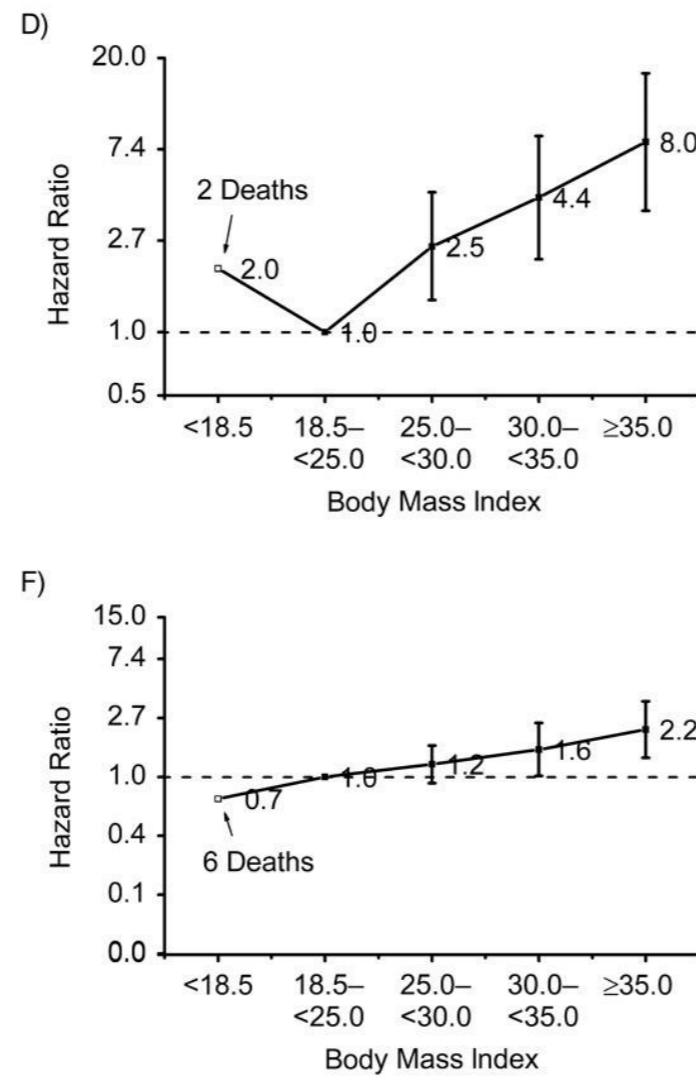
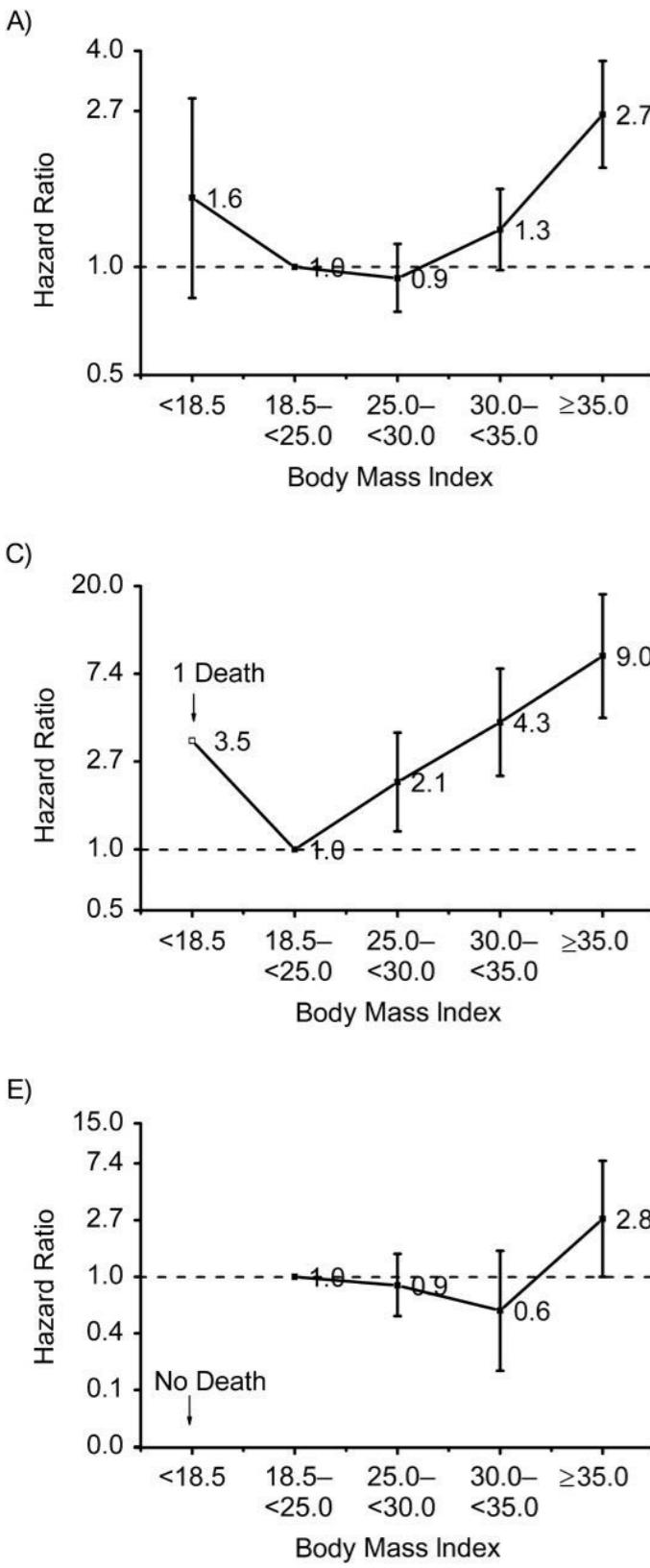
55 %
Sucre

23 %
Huile de palme

14 %
Noisettes

8 % Cacao
et autres



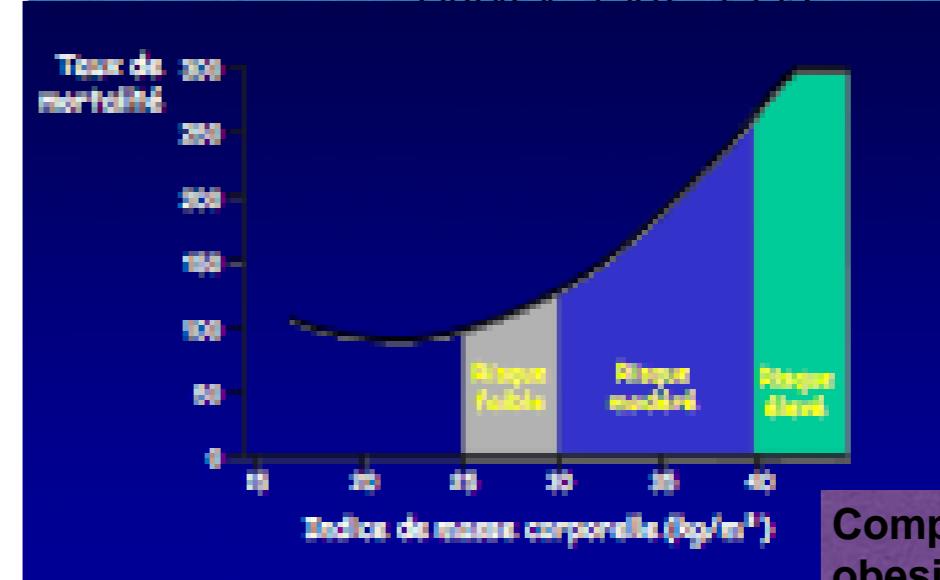


Body mass index in young adulthood and premature death: analyses of the US National Health Interview Survey linked mortality files.

Ma J¹, Flanders WD, Ward EM, Jemal A.

psychosociale et qualité de vie

Multivariate hazard ratios for death from all causes (panel A, males; panel B, females), cardiovascular disease (panel C, males; panel D, females), and cancer (panel E, males; panel F, females) according to body mass index (weight (kg)/height (m)²) and gender among never smokers aged 18–39 years, National Health Interview Survey, 1987–1995



Complications of obesity.
[Bray GA.](#)

Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults

Eugenia E. Calle, Ph.D., Carmen Rodriguez, M.D., M.P.H., Kimberly Walker-Thurmond, B.A., and Michael J. Thun, M.D.
N Engl J Med 2003; 348:1625-1638 April 24, 2003 DOI: 10.1056/NEJMoa021423

Nurses' Health Study

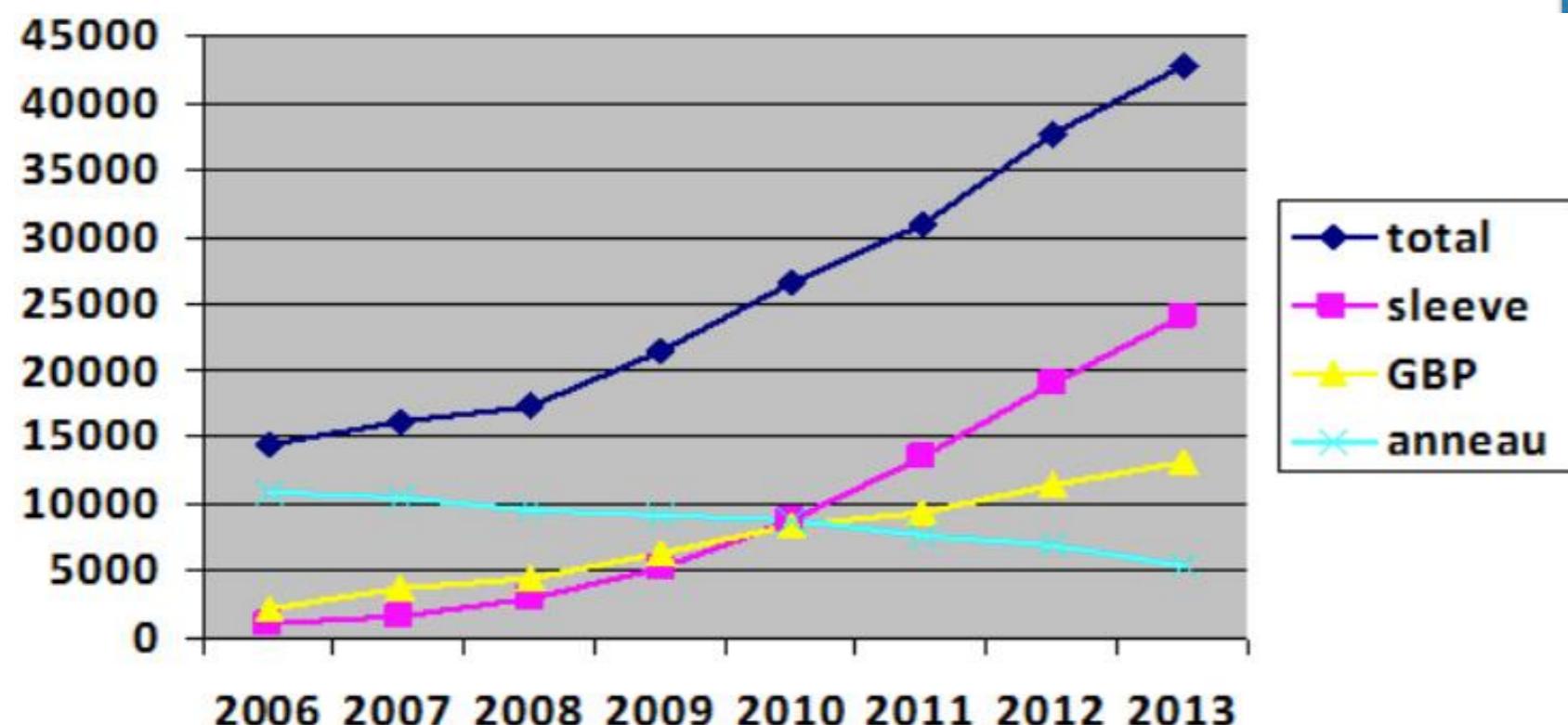
American Journal of
EPIDEMIOLOGY

Treatment Chirurgical Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity

National Institutes of Health Consensus
Development Conference Statement March
25-27, 1991

U.S. Department of Health & Human Services • National Institutes of Health

NIH Consensus Development Program
Office of Disease Prevention



150 publications/an pour la
chirurgie cancer colo-rectal



Polyclinique
Bordeaux-Tondu

SANTÉ

ENEUVOS

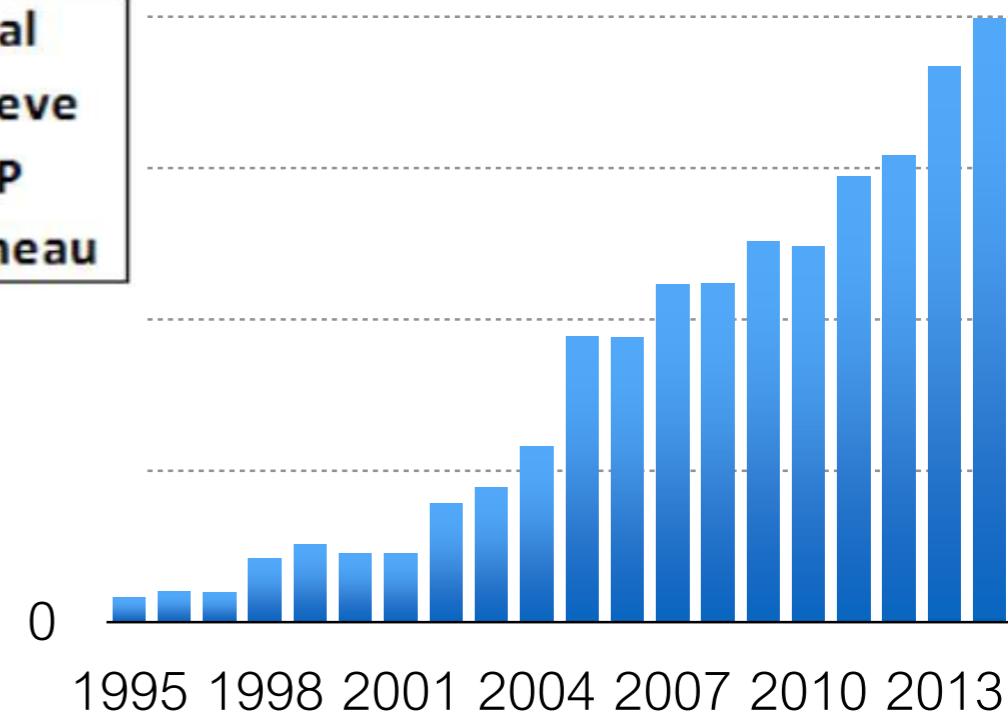
COD

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Obésité : prise en charge chirurgicale
chez l'adulte

Interventions initiales - Réinterventions

NOMBRE
PUBLICATION/AN
POUR « Mesh OBESITY
and SURGERY »





mercredi 15 nov 2018

La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires (accord professionnel), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

- patients avec un IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou bien avec un IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ (**Consulter la table d'Indice de masse corporelle**) associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardio-vasculaires dont HTA, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique) (grade B) ;
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B) ; en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B) ;
- patients bien informés au préalable (accord professionnel), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires (grade C) ;
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel) ;
- risque opératoire acceptable (accord professionnel).

Une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis (accord professionnel).



Médecin nutritionniste

Alternative à la chirurgie ?

Evaluation du patient à modifier ses habitudes

Préparer le malade au changement alimentaire

Déetecter et traiter des carences

Suivi du patient , carences et reprise pondérale

Médecin endocrinologue-

diabétologue

Causes rares

Bon contrôle du diabète avant chirurgie

Bilan de comorbidités

Somnologue, cardiologue, médecin vasculaire, radiologues, anesthésiste, kiné

Psychiatre

Evaluation du patient à adhérer au suivi

Contre-indications

Bonne compréhension de la chirurgie, évaluation des attentes

Aider le patient en post opératoire, nouvelle image

Chirurgien

Information du malade

Opérabilité

Techniques

Suivi

Préparation du patient

Medecin nutritionnistes, chirurgien, diététicienne, éducateur thérapeutique,

Le service d'éducation thérapeutique

•Des ateliers nutritionnels animés par des nutritionnistes

- Atelier « groupes alimentaires et menus types »
- Atelier « lecture des étiquettes »
- Atelier « caddy virtuel et élaboration de menus »

•Des ateliers « motricité » animés par un kinésithérapeute

- Atelier « réapprendre à respirer »
- Atelier « réapprendre à bouger »
- Atelier « ressentir son corps/relaxation »
- Atelier préparation à la marche

•Des ateliers de soutien et de motivation animés par un psychologue

- Atelier « accompagnements aux changements »
- Entretien individuel

•Un partenariat avec la Fédération Française de Randonnée Pédestre et l'organisation de « Rando-Santé » et la fédération fran.

•Des ateliers de cuisine pour mettre en pratique des recettes équilibrées et savoir faire des repas « mixés » quand on en a besoin.

mercredi 15 nov 2018



Polyclinique
Bordeaux - Tondu

PÔLE DE SANTÉ
DU VILLENEUVOIS

FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète

Association de patient

Medecin

AUTONOMISATION⁺

Chirurgien

Medecin nutritionniste,
endocrinologue et
diabétologue

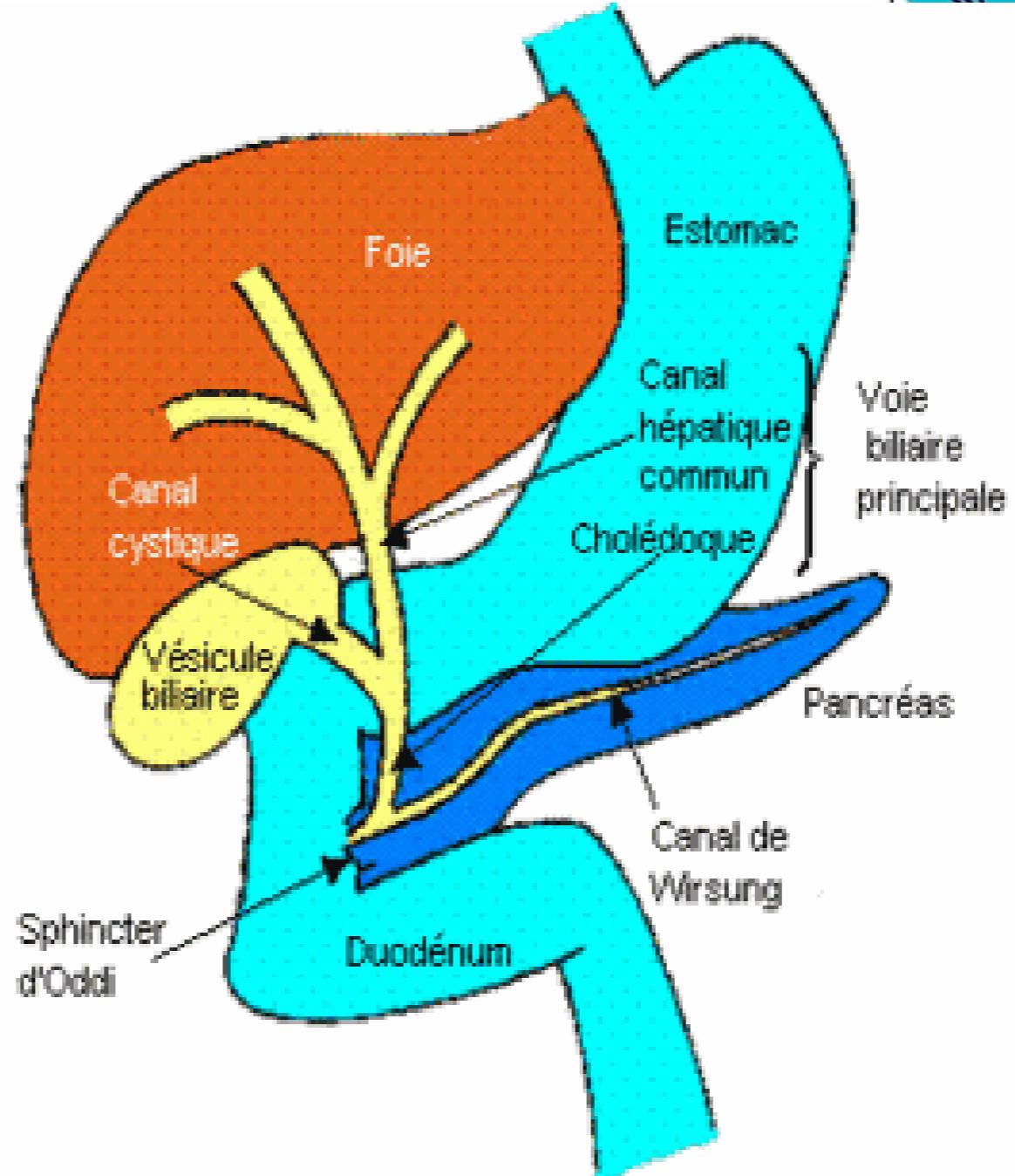
Medecin psychiatre

Education thérapeutique

Bilan de Comorbidités

évaluation de l'environnement du patient

mercredi 15 nov 2018



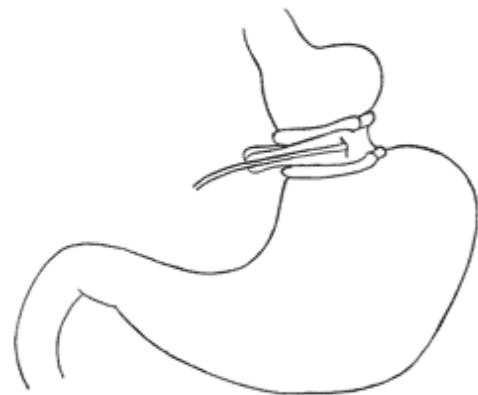
Polyclinique
Bordeaux - Tondu

E SANTÉ
LENEUVOIS

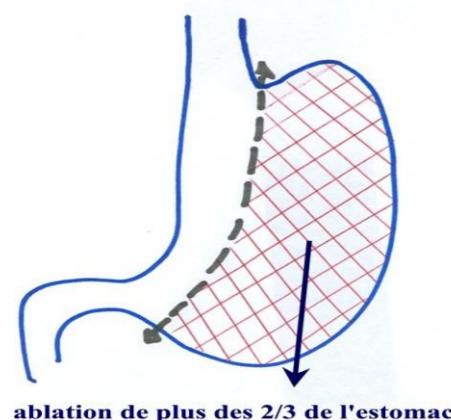
ACOD

in Aquitaine pour la prise en
charge de l'Obésité et du Diabète

Anneau Gastrique



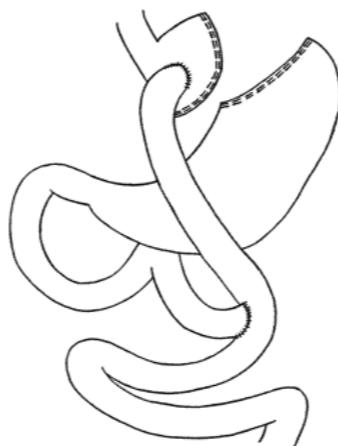
Sleeve
gastrectomy



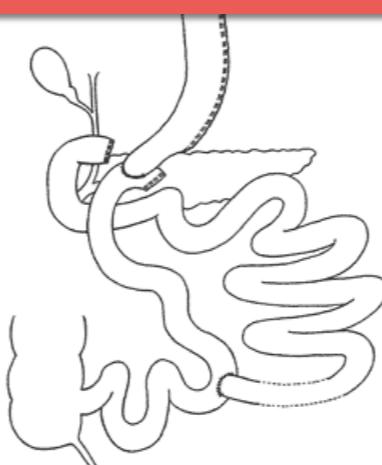
Restrictive

Les interventions

By Pass Y



Duodénal Switch



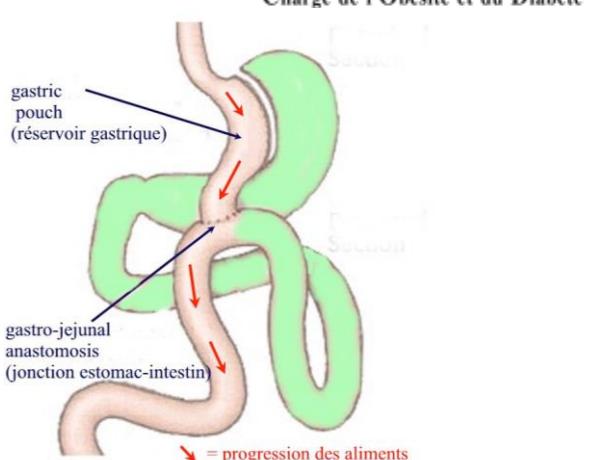
Restrictive et malabsorptive



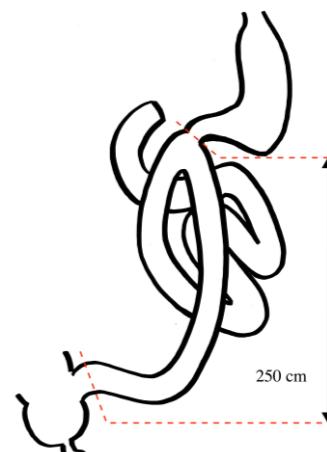
Polyclinique
Bordeaux - Tondu

PÔLE DE SANTÉ

By Pass Ω



SADI



mercredi 15 nov 2018

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
APRÈS CHIRURGIE POUR OBÉSITÉ

NOM : ----- PRÉNOM : -----

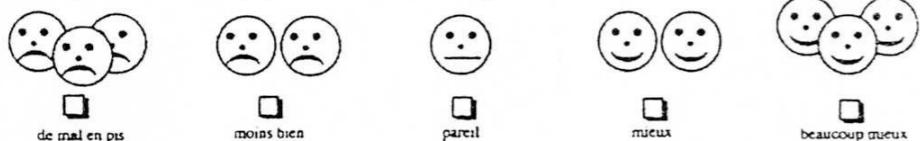
DATE INTERVENTION : -----

DATE DU JOUR : -----

POIDS INITIAL :-----POIDS ACTUEL :-----

COCHEZ LA CASE QUI VOUS PARAIT LE MIEUX ADAPTÉE À VOTRE SITUATION :

1. Comparativement au temps précédent mon opération, je me sens ...



2. Je me sens capable de participer aux activités physiques ...



3. Je m'implique volontiers dans les activités sociales ...



SCORE DE QUALITÉ DE VIE BAROS

FACOD

VENUE COLLABORATIVE

Recueil prospectif des données du
BAROSCORE
Suivi programmé à 1, 3, 6 et 12 mois puis
1/ an

IE EST INDISPENSABLE PAR LE CHIRURGIEN ET LE MEDECIN NUTR

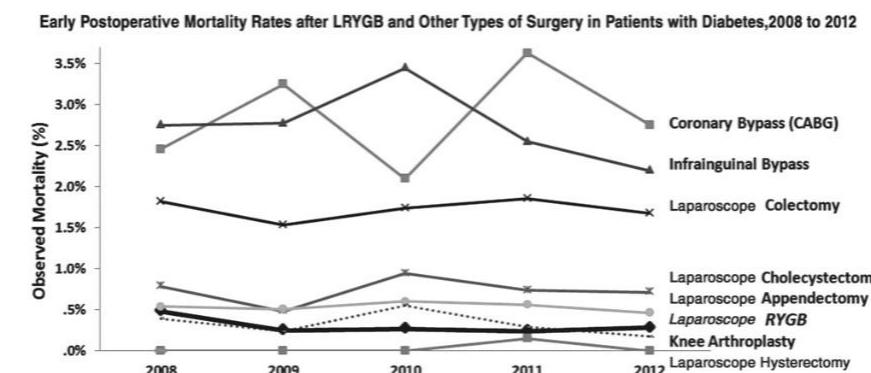


Complications immédiates	CCGY n=826	CCGO n=836	p
Hémorragies n= 30	16 (1,9 %)	14 (1,7 %)	0,71
Occlusions n= 9	3 (0,37 %)	6 (0,7 %)	0,5
Fistules anastomotiques n= 7	6 (0,7 %)	1	<u><0,0001</u>
Abcès intraabdominaux n=10	6 (0,7 %)	4 (0,5 %)	0,42
Rhabdomyolyse n= 2	1	1	1
Phlébites et Embolies pulmonaires n= 14	10 (1,2 %)	6 (0,7 %)	1,059
DC n = 2 /1662	1	1	1

<u>Anneau n = 567</u>	<u>Sleeve gastrectomie n = 255</u>
Dysphagies Aigues 2	Hémorragie 1
Thrombose veineuse 2	Thrombose veineuse 0
Embolie pulmonaire I	Embolie pulmonaire 0
Réinterventions 2	Abces 3
Décès 0	Décès 0

GASTRIC BY-PASS ROUX EN Y VERSUS MINIBYPASS BAROSCORE COMPARÉ À 5 ANS SOFFCO LYON 2015

ARNOUX R.¹ M.D., MURCIA S.² M.D.,
^{1,2} Chirurgie Digestive, Clinique du Tondu, Bordeaux



La chirurgie bariatrique présente moins de mortalité que les appendicectomies ou les cholécystectomies

mercredi 15 nov 2018

Complications secondaires ou tardives	CCGY (n= 826)	CCGO (n= 836)	p
Ulcère (anastomose gastrojéjunale) n=41	24 (2,9 %)	17 (2 %)	0,34
dont Perforation n=13	11 (1,3%)	2 (0,2%)	<u>0,012</u>
Stenose Anastomose n= 42	25 (3 %)	17 (2 %)	0,22
Occlusion n= 21	19 (2,3 %)	2	<u><0,0001</u>
Reflux gastro oesophagien	0	6 (0,7 %)	<u>0,03</u>
Déficit métabolique sévère	27 (3,2 %)	15 (1,7 %)	0,061
Anémie sévère n=21	13 (0,5%)	8 (0,9 %)	0,28
Hipoprotidémie sévère n = 9	6 (0,7 %)	3 (0,3 %)	0,34
Hypoglycémie sévère n = 9	5 (0,6 %)	4 (0,5 %)	0,75
Déficit Vit B1 sévère n = 3	3 (0,3 %)	0	0,12
Déficits modéré(B. D. Fe.			

GASTRIC BY-PASS ROUX EN Y VERSUS MINIBYPASS BAROSCORE COMPARÉ À 5 ANS SOFFCO LYON 2015

ARNOUX R.¹ M.D , MURCIA S.² M.D,
^{1,2} Chirurgie Digestive, Clinique du Tondu, Bordeaux

70 % ablation anneau à
10 ans

Peu de complications à
long terme pour la
sleeve
Anémie, carences en
vitamine B12, reprise
de poids

JAMA. 2005 Jan 13;293(2):627-6. doi: 10.1001/jama.293.2.16968.

mercredi 15 nov 2018 Association between bariatric surgery and long-term survival

JAMA. 2012 Jan 4;307(1):56-65. doi: 10.1001/jama.2011.1914.

Bariatric surgery and long-term cardiovascular events.

JAMA. 2012 Sep 19;308(11):1132-41.

Health care use during 20 years following bariatric surgery.

N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):741-52.

Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects.

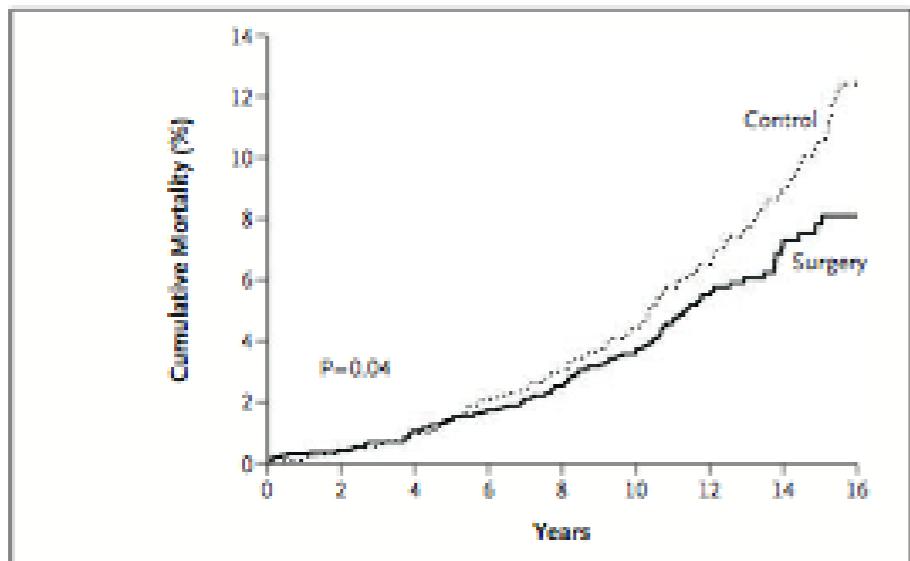
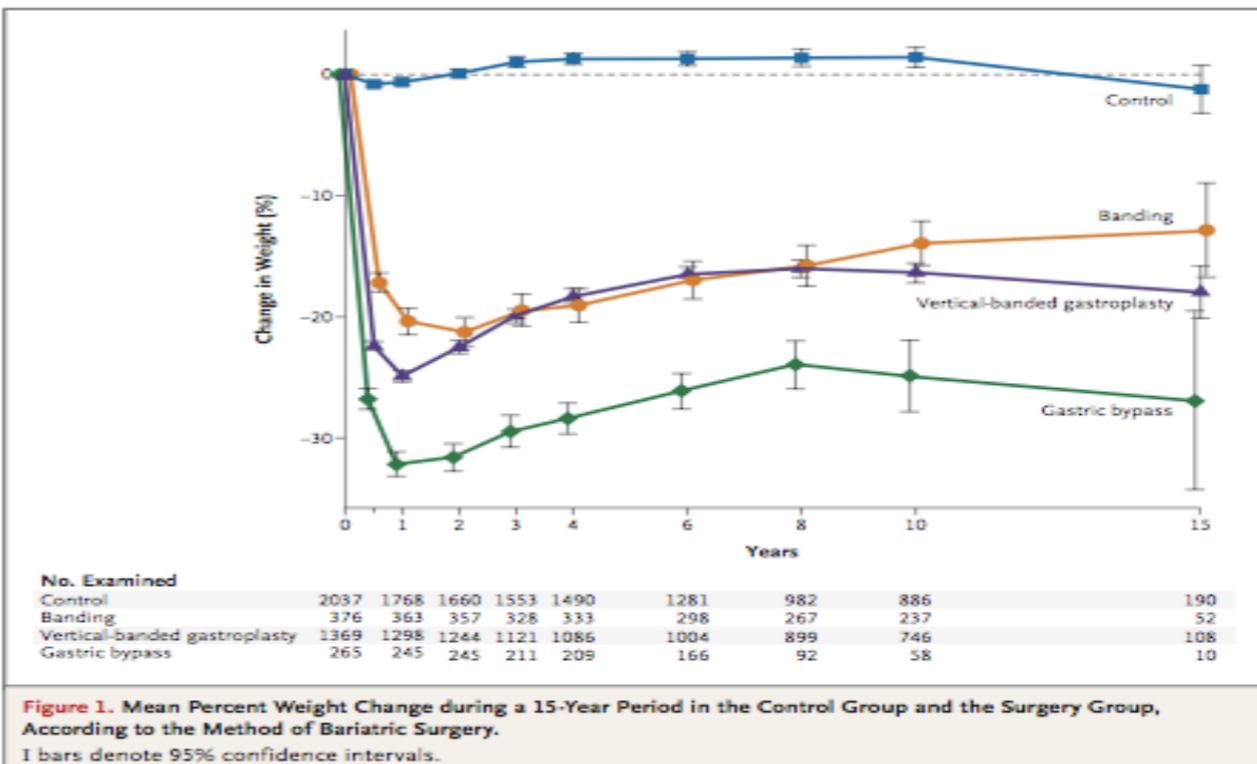


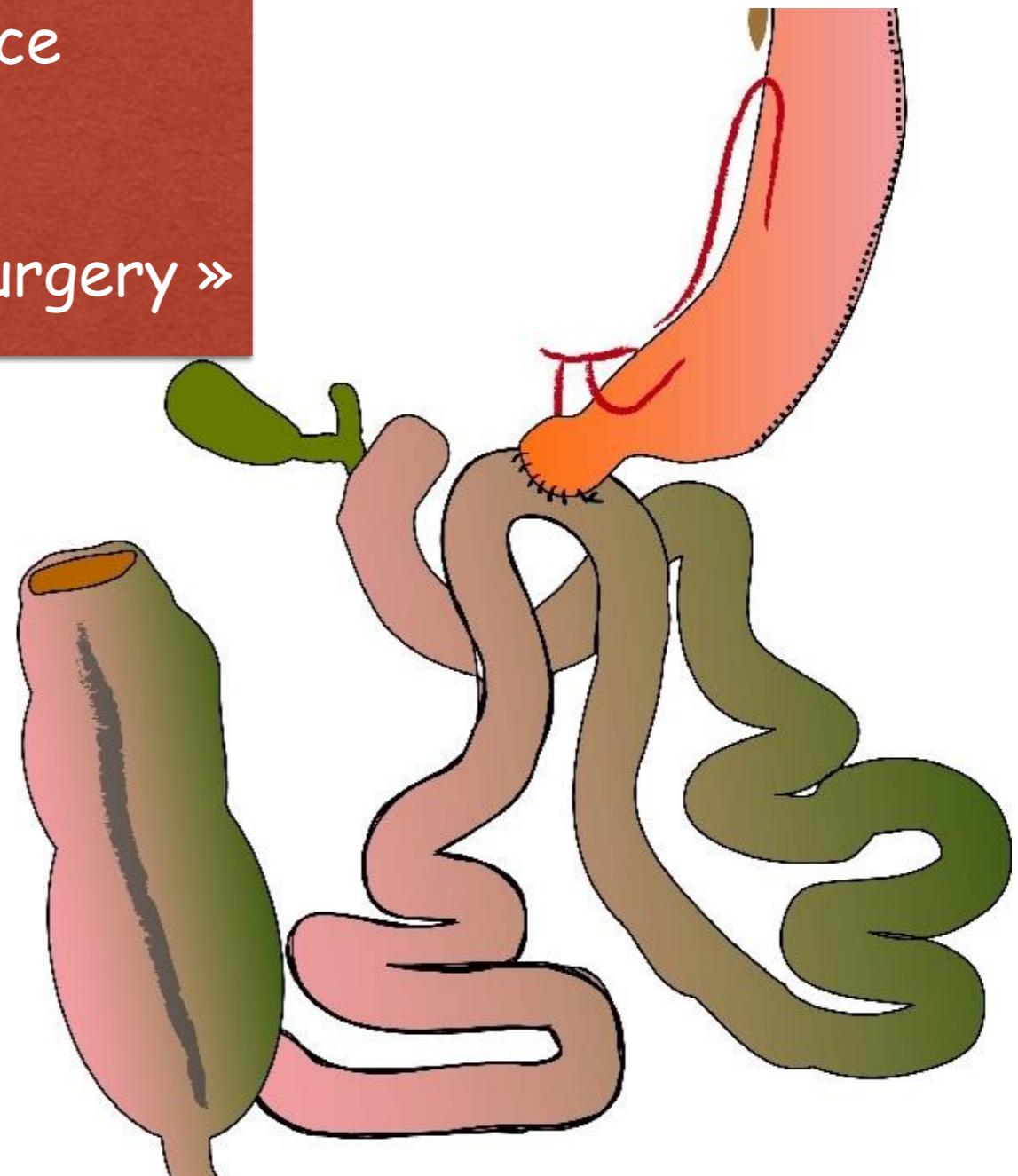
Figure 2. Unadjusted Cumulative Mortality.

The hazard ratio for subjects who underwent bariatric surgery, as compared with control subjects, was 0.76 (95% confidence interval, 0.59 to 0.99; P=0.04), with 129 deaths in the control group and 101 in the surgery group.





Recours à la chirurgie
Chirurgie plus sûre et plus efficace
Le SUIVI
Le choix des techniques
La Chirurgie de Recours- « revisional surgery »



1. Médical et chirurgical
2. Assuré la vie durant
3. Réalisé de façon pluridisciplinaire , en désignant au besoin un praticien responsable du suivi

Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients.

[Pontiroli AE](#)¹, [Fossati A](#), [Vedani P](#), [Fiorilli M](#), [Folli F](#), [Paganelli M](#), [Marchi M](#), [Maffei C](#).

The bariatric surgery patient: lost to follow-up; from morbid obesity to severe malnutrition.

[Dodell GB](#)¹, [Albu JB](#), [Attia L](#), [McGinty J](#), [Pi-Sunyer FX](#), [Laferrière B](#).

Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies.

[Ziegler O](#)¹, [Sirveaux MA](#), [Brunaud L](#), [Reibel N](#), [Quilliot D](#).

Physical activity and sitting time in bariatric surgery patients 1-16 years post-surgery.

[Herman KM](#)¹, [Carver TE](#), [Christou NV](#), [Andersen RE](#).



**POLYCLINIQUE
Bordeaux-Tondu**

PÔLE DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

Interventions initiales - Réinterventions

Predictors of Postoperative Aftercare Attrition among Gastric Bypass Patients.

[Khorgami Z](#)¹, [Zhang C](#)¹, [Messiah SE](#)², [de la Cruz-Muñoz N](#)¹.

Post-operative psychosocial predictors of outcome in bariatric surgery.

[Sheets CS](#)¹, [Peat CM](#), [Berg KC](#), [White EK](#), [Bocchieri-Ricciardi L](#), [Chen EY](#), [Mitchell JE](#).

Long-term evolution of nutritional deficiencies after gastric bypass: an assessment according to compliance to medical care.

[Ledoux S](#)¹, [Calabrese D](#), [Bogard C](#), [Dupré T](#), [Castel B](#), [Msika S](#), [Larger E](#), [Coupaye M](#).



Choix des techniques

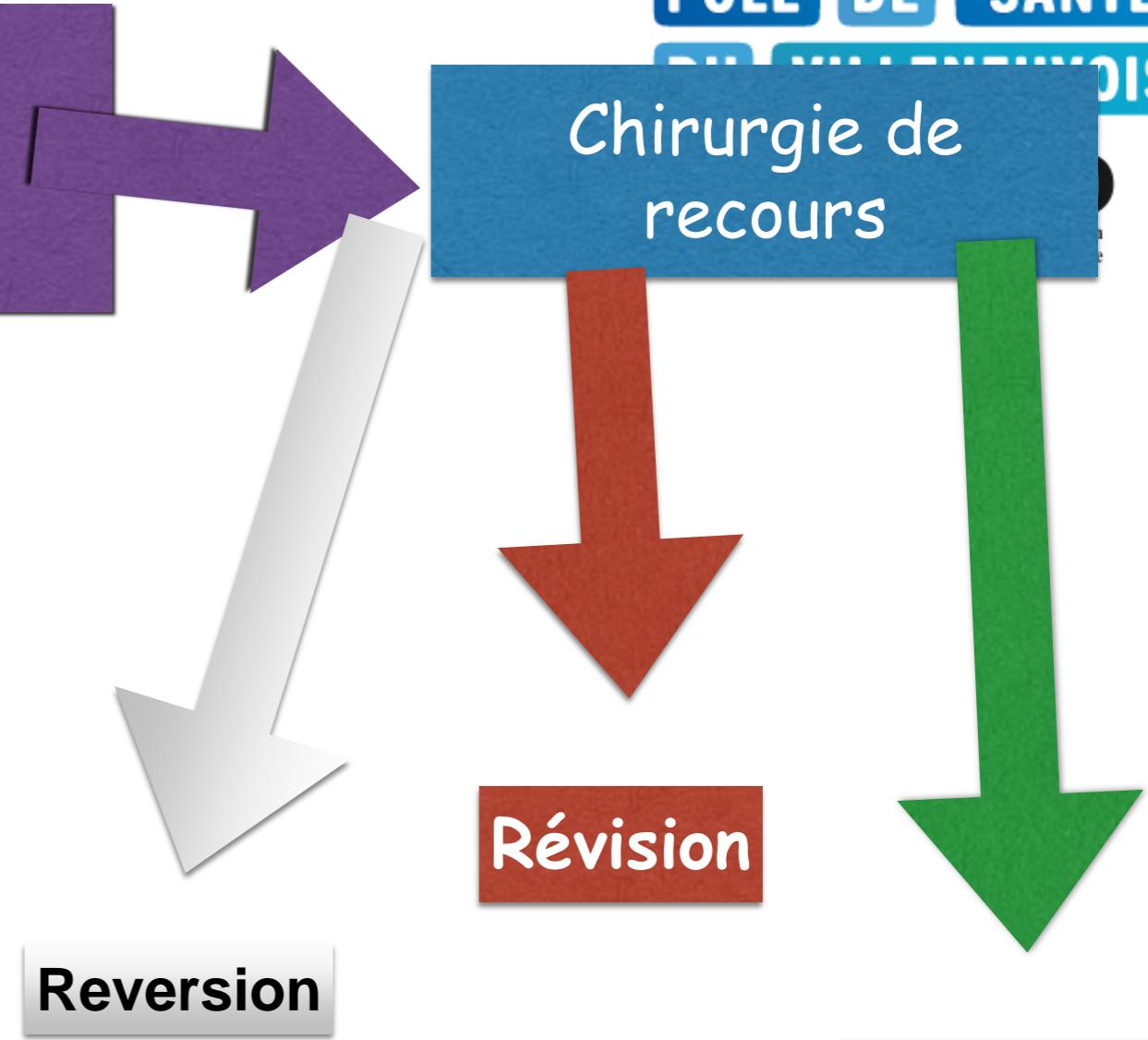
1. Choix du patient avec une information loyale et claire
2. Choix des équipes, en fonction des priorités et de l'âge du patient

Quels sont les priorités ?
Perte de poids
Troubles métaboliques

Insuffisance de perte de poids
Complications
Reprise de poids

Interventions de recours

- anneau gastrique puis By Pass n= 229
- anneau puis sleeve n=14
- Sleeve puis By pass n = 12
- Sleevage de BP n = 10
- BP OMEGA en Y n = 3



Revised sleeve gastrectomy (re-sleeve).

[Nedelcu M](#)¹, [Noel P](#)², [Iannelli A](#)³, [Gagner M](#)⁴.

Outcomes of revisional procedures for insufficient weight loss or weight regain after Roux-en-Y gastric bypass.

[Himpens J](#)¹, [Coromina L](#), [Verbrugge A](#), [Cadière GB](#).

Laparoscopic sleeve gastrectomy as a revisional procedure for failed laparoscopic gastric banding with a "2-step approach": a multicenter study.

[Silecchia G](#)¹, [Rizzello M](#)², [De Angelis F](#)², [Raparelli L](#)², [Greco F](#)³, [Perrotta N](#)⁴, [Lerose MA](#)², [Campanile FC](#)³.

Quality of life, weight loss and improvement of co-morbidities after primary and revisional laparoscopic roux Y gastric bypass procedure-comparative match pair study.

[Mohos E](#)¹, [Jánó Z](#), [Richter D](#), [Schmaldienst E](#), [Sándor G](#), [Mohos P](#), [Horzov M](#), [Tornai G](#), [Prager M](#).

mercredi 15 nov 2018

L'obésité est une maladie pour l'OMS et HAS

FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète

Maladie avec nombreuses causes, souvent indépendante du patient

L'obésité notamment sévère tue ...maladies cardiovasculaires et cancer

Bariatrique ça marche...mais faut une préparation du patient avec approche pluridisciplinaire

La chirurgie bariatrique reste dangereuse,mais pas tant que ça...

En cas d'échec, des alternatives existent.

Un patient opéré DOIT ETRE SUIVIE A VIE

mercredi 15 nov 2018

Programme de réhabilitation améliorée dans le cadre de la chirurgie de l'obésité

Dr Sébastien MURCIA

mercredi 15 nov 2018

FACOD

our la prise en
et du Diabète

Pourquoi faire de la réhabilitation améliorée ?

Moins cher
Plus rapide pour le patient
Moins de risque pour le patient

mercredi 15 nov 2018

Les bases de la réhabilitation améliorée

La réhabilitation améliorée c'est quoi ?

Le but : C'est l'hôpital mieux et moins longtemps
Comment ?

Mise en place d'un protocole pré, per et post-
opératoire.

Par qui ?

Il s'agit d'un travail d'équipe, à la fois par tous les
soignants et également par le patient, le patient
devant un acteur de sa pathologie.

mercredi 15 nov 2018

Les spécificité de la chirurgie de l'obésité.

- Patients sont jeunes (âge moyen 43 ans) sans problèmes de déambulation ou de retour à domicile
- Interventions peu morbides et peu douloureuse
- Exclusivement par coelioscopie
- Les patients accèdent à la chirurgie après une préparation, avec plusieurs rendez vous par différents médecins

mercredi 15 nov 2017

Les spécificité de la chirurgie de l'obésité.

FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète

Une prise en charge tardive des complications peut être délétère au patient

Complications mal connues de la plupart des soignants de par leur spécificité

Les consignes post opératoire nutritionnelles sont très précise, et nécessite une adhésion complète du patient.

Peu compatible avec une prise en charge raccourci

Management of suspected anastomotic leak after bariatric laparoscopic Roux-en-y gastric bypass.
[Jacobsen HJ1](#), [Nergard BJ](#), [Leifsson BG](#), [Frederiksen SG](#), [Agajahni E](#), [Ekelund M](#), [Hedenbro J](#), [Gislason H](#).

mercredi 15 nov 2018

Que dit l' EBM ?

C'est possible
Avec peu de complications
C'est moins chère
La réhabilitation nutritionnelle a été peu
étudiée

Enhanced recovery after bariatric surgery (ERABS): clinical outcomes from a tertiary referral bariatric centre.

[Awad S¹](#), [Carter S](#), [Purkayastha S](#), [Hakky S](#), [Moorthy K](#), [Cousins J](#), [Ahmed AR](#).

Randomized clinical trial of enhanced recovery versus standard care after laparoscopic sleeve gastrectomy.

[Lemanu DP¹](#), [Singh PP](#), [Berridge K](#), [Burr M](#), [Birch C](#), [Babor R](#), [MacCormick AD](#), [Arroll B](#), [Hill AG](#).

Fast-track laparoscopic gastric bypass surgery: outcomes and lessons from a bariatric surgery service in the United Kingdom

[Bamgbade OA¹](#), [Adeogun BO](#), [Abbas K](#).

Risques Per-Anesthésiques

Mort Subite (x 13) !
Diabète type II
TVP
AVC
Respiratoire

Cardio vasculaire
HTA (10 ► 37 %)
Défaillance cardiaque
Ischémie

Dépendent du type de répartition des graisses

Association avec un Syndrome Métabolique



Risques Per-Anesthésiques

Mort Subite (x 13) !

Diabète type II

TVP

AVC

Respiratoire

Cardio vasculaire

HTA (10 ▶ 37 %)

Défaillance cardiaque

Ischémie

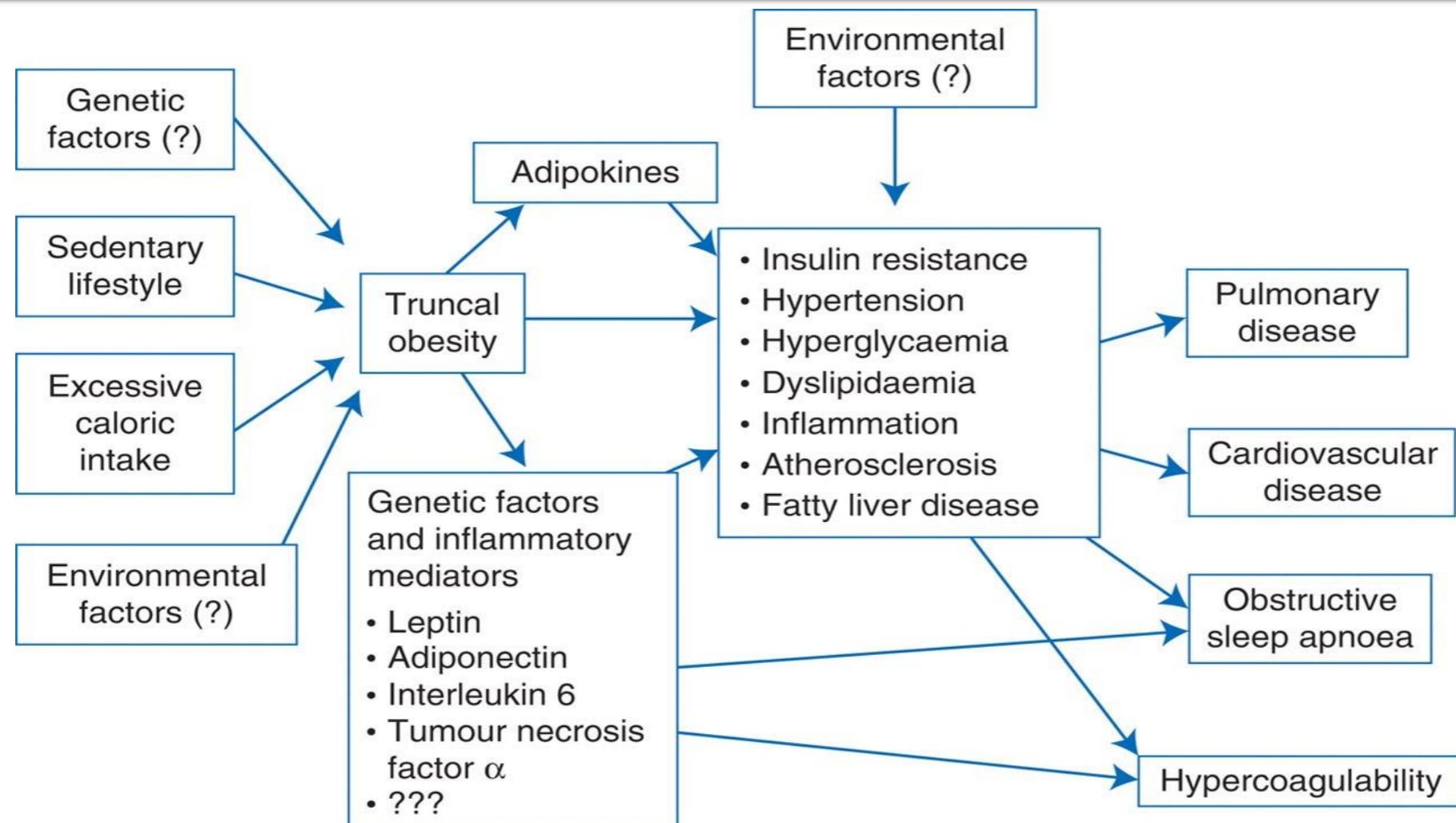
Dépendent du type de répartition des graisses

Association avec un Syndrome

Métabolique

RÉSUMÉ

facteurs étiologiques impliqués dans le syndrome métabolique et comorbidités associées.



Tung A Br. J. Anaesth. 2010

mercredi 15 nov 2018

Evaluation Pré-Anesthésique

Apnées Obstructives du Sommeil

15 à 30 % des Obèses

60 % des AOS sont Obèses

Baisse de la sensibilité à l'hypercapnie (O_2)

Insuffisance Cardiaque Droite

Difficultés d'intubation

Voies Aériennes supérieures

13 % d'intubation difficile

Mallampati < Diamètre du Cou : > 65 cm

mercredi 15 nov 2018

Comment faire ?

Mise en place de réunions avec anesthésistes,
chirurgiens, infirmiers et aide soignant, cuisinier,
éducateur thérapeutique et association de patient.

Un protocole précis doit être établi

mercredi 15 nov 2018

Le protocole

3 PARTIES

PRE OPERATOIRE

PER OPERATOIRE

POST OPERATOIRE

mercredi 15 nov 2018

La phase pré opératoire

- Il faut que le patient ait lu et compris le principe de ces procédures
- On ne chasse pas le patient. On lui évite un séjour inutilement prolongé.
- Il s'engage à participer activement aux procédures
- Toutes les mesures sont prises pour une sortie de l'établissement de soins dès que les conditions en sont réunies

- L'équipe soignante dès la phase pré-opératoire expliquer les démarches à accomplir (IDE à domicile), de prévenir le médecin traitant.
- Dans le cadre de la chirurgie de l'obésité, la bonne information et compréhension des consignes nutritionnelles par le patient est indispensable (malheureusement pas de kiné nutritionnelle...)

mercredi 15 nov

La phase pré opératoire

On profite des ateliers d'éducation thérapeutique organisé au sein de la clinique, avec un éducateur thérapeutique spécifique PEPS

On explique au patient comment va se passer son retour à domicile, ainsi que les prescriptions de sortie à l'avance



FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète

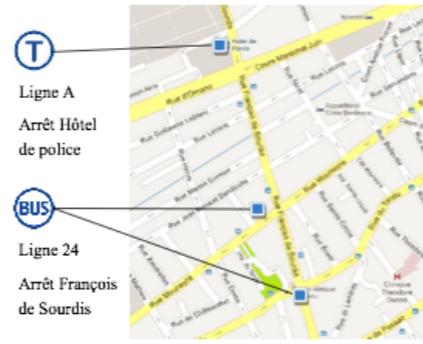
Education Thérapeutique
+ Obésité et Surpoids



POURQUOI VIENDRIEZ-VOUS ?

La polyclinique Bordeaux-Tondu s'est dotée d'un plateau technique performant et d'une équipe pluridisciplinaire de profession de santé pour accueillir les patients obèses.

- ▶ Pour mieux comprendre votre corps, votre pathologie.
- ▶ Pour adapter votre alimentation à vos nouveaux besoins.
- ▶ Pour mieux gérer vos angoisses.
- ▶ Pour vous accompagner dans votre perte de poids.
- ▶ Pour améliorer et réduire vos problèmes liés au surpoids : hypertension, diabète, apnée du sommeil...
- ▶ Pour trouver des réponses à vos questions.



Association Aquitaine-Obésité
Site : www.aquitaine-obesite.com
05 56 00 44 89

La Polyclinique Bordeaux-Tondu
Polyclinique de Bordeaux - Tondu Site : www.bordeauxtondu.fr
0826 963 963

Pour les inscriptions :
Contacter par téléphone ou par mail
Melle Bérénice LEDAIN
Coordinatrice du programme
Tél : 05 56 00 26 51
Mail : education-therapeutique@bordeauxtondu.fr

Mes dates d'ateliers :

La Polyclinique Bordeaux-Tondu & l'Association de Lutte contre l'Obésité vous présentent son programme

Polyclinique de Bordeaux - Tondu
Compagnie Stéphanoise de Santé

mercredi 15 nov 2018

Anesthésie

Choix des agents de l'anesthésie

Boisson claire deux heures avant

PM : -Antiacide, Hydroxizine

Induction :

Voie Veineuse, PICC line sous Echo

Morphiniques sans accumulation (IBW) : Sufenta, Ultiva

Hypnotiques IV sans accumulation : propofol (Diprifusor®)

Curares sans accumulation (métabolisation de type
Hofmann)

mercredi 15 nov 2018

Adjuvants des agents de l'anesthésie

Bethaméthasone

Zophren® , Dropéridol®

Xylocaïne

Potentialisation de l'effet analgésique

Motilité digestive

Effet anti-émétique

mercredi 15 nov 2018

Per opératoire

donne à boire aux patients avant l'intervention
Modulation des drogues
On évite les ajouts de morphines

mercredi 15 nov

Période Postopératoire

Lever précoce, Boisson de confort

Kiné respiratoire postopératoire

CPAP nocturne si AOS

Analgesie pallier II

Prévention TVP jusqu'à la sortie

mercredi 15 nov 2018

Post opératoire

On donne à boire dès le premier soir, et à manger à

partir du lendemain selon le protocole du cabinet.

Lever précoce par les kiné dès le premier soir

Ablation de la VVP dès le lendemain si la prise de

sang ne montre pas d'anomalies

Sortie à J1

mercredi 15 nov 2018

Comment vérifier la bonne compréhension des consignes de réhabilitation nutritionnelle ?

1. Mise en place d'un quizz pour vérifier la connaissance des patients
2. Passage de la diététicienne



FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète



LE QUIZZ DE LA CHIRURGIE

***DE L'OBÉSITÉ
& DU DIABÈTE***

SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
& SERVICE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
POLYCLINIQUE BORDEAUX-TONDU
JUIN 2016

LES QUESTIONS

A distribuer avec le premier repas



L'Education Thérapeutique
POLYCLINIQUE de BORDEAUX TONDU

mercredi 15 nov 2018

Retour à domicile

ance classique : soins infirmiers, anticoagulants, et antalgiques si nécessaire, courrier pour l'infirmières à domicile avec consignes de surveillance et d'urgence.

Numéro de téléphone d'urgence à contacter H24, 7J/7

Management of suspected anastomotic leak after bariatric laparoscopic Roux-en-y gastric bypass.
Jacobsen HJ¹, Nergard BJ, Leifsson BG, Frederiksen SG, Agajahni E, Ekelund M, Hedenbro J, Gislason H.

mercredi 15 nov 2018

Retour à domicile

1. Appel de la diététicienne

2. Appel de l'infirmière

dédiée à la réhabilitation
améliorée

| SUIVI DIÉTÉTIQUE PAR TÉLÉPHONE



Polyclinique
Bordeaux - Tondu

GUIDE POUR LES APPELS À J5 DES PATIENTS AYANT EU UNE SLEEVE OU UN BY-PASS

NOM/PRÉNOM :

DATE :

PÔLE DE SANTÉ
DU VILLENEUVOIS
J..... POST-OPÉRATOIRE

FACOD

Fédération Aquitaine pour la prise en charge de l'Obésité et du Diabète

1. ETAT GÉNÉRAL : Très en forme En forme Un peu fatigué
 2. RAPPELS DIÉTÉTIQUES SUR LE PETIT-DEJEUNER : Oui Non
 3. RAPPELS DIÉTÉTIQUES SUR LE DEJEUNER & DINER : Oui Non
 4. RAPPELS DIÉTÉTIQUES SUR LA BOISSON : Oui Non
- Les quantités et le rythme des repas sont-ils respectés ? La boisson est-elle à distance des repas ?
6 cuillères à café au total du repas / 3 cuillères le matin / En 30min dans le calme / Boisson 30min avant/après
-
5. CONFECTION DES MIXÉS : Facile Difficile
- Les mixés sont-ils équilibrés ? Des problèmes particuliers ? Rappels des aliments interdits le 1^{er} mois :
1/3 VPO + 1/3 Légumes + 1/3 Féculent & Aliments difficiles à digérer (tomate, poivron, ail, épices, choux ...)
-
6. PASSAGE DU MIXÉ AU SOLIDE APRÈS LA 3^{ème} SEMAINE : Inquiétant Pas de problème
- Savez-vous comment faire pour que la transition soit progressive ? Quelles quantités ?
Mixez puis hachez de plus en plus grossièrement & Maxi 4/5cuillères à soupe (60g) sans forcer après 1^{er} mois
-
7. RDV NUTRITIONNISTE : RDV Pris À prendre rapidement
 8. SENSATION DE FAIM ENTRE LES REPAS : Oui Non
- Qu'avez-vous mis en place pour ne plus avoir faim ?
Éviter les collations & Augmenter d'1 cuillère le repas précédent si nécessaire
-
9. INSCRIPTION ETP POST-OPÉRATOIRE : le
 10. COMMENTAIRES PARTICULIERS :

mercredi 15 novembre 2017

Evaluation de la démarche

Grace à l'aide d'un logiciel
d'audit et la qualiticienne de
la clinique, en cours
actuellement.



Durée moyenne
d'hospitalisation en 2014 = 7,9
jours
est passé en 2016 à 4,4 jours
en moyenne.
2018 , probablement 1,5 jours

mercredi 15 nov 2018

Le futur

Objets connectés ?

Algorithme décisionnel de détection remis aux patients

SMS

Responsabilités professionnel ?

Rôle du médecin traitant ?

mercredi 15 nov 2018

CHIRURGIE REPARATRICE APRES PERTE DE POIDS IMPORTANTE

mercredi 15 nov 20



Polyclinique
Bordeaux - Tondu

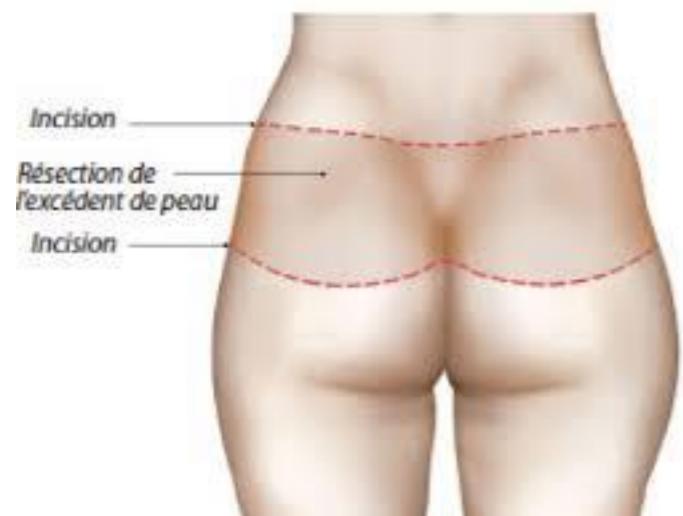
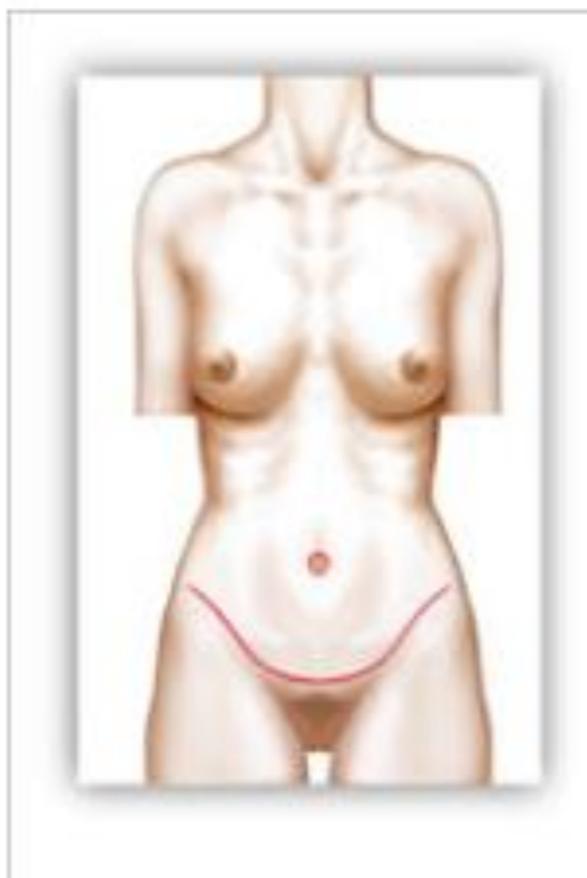
PÔLE DE SANTÉ
VILLENEUVOIS

FACOD

Fédération Aquitaine pour la prise en
Charge de l'Obésité et du Diabète

Comment arrive t'on à ça ?

PETIT ADOM



Polyclinique
Bordeaux - Tondu

**PÔLE DE SANTÉ
DU VILLENEUVOIS**

FACOD

Fédération Aquitaine pour la prise en Charge de l'Obésité et du Diabète



mercredi

FONCTIONNEL
REPARATRICE
PRISE EN CHARGE PAR LA SECU (ventre, bras et cuisse)
Après une perte de poids importante
Photos que l'on envoie au médecin conseil



Grande cicatrice
douloureux
nombreuses complications (10 à 20 % de reprise
hémorragique)
Chirurgie pour reprise et amélioration du résultat pas rare

si OEDEME= retour chez le chir pour ponction
si pst qui saigne = retour
si pst avec pus ou T°= retour
Attention chez les diabétiques

mercredi 15 nov 2018

OUS REMERCIE POUR VOTRE ATTEN

FACOD
Fédération Aquitaine pour la prise en
Charge de l'Obésité et du Diabète