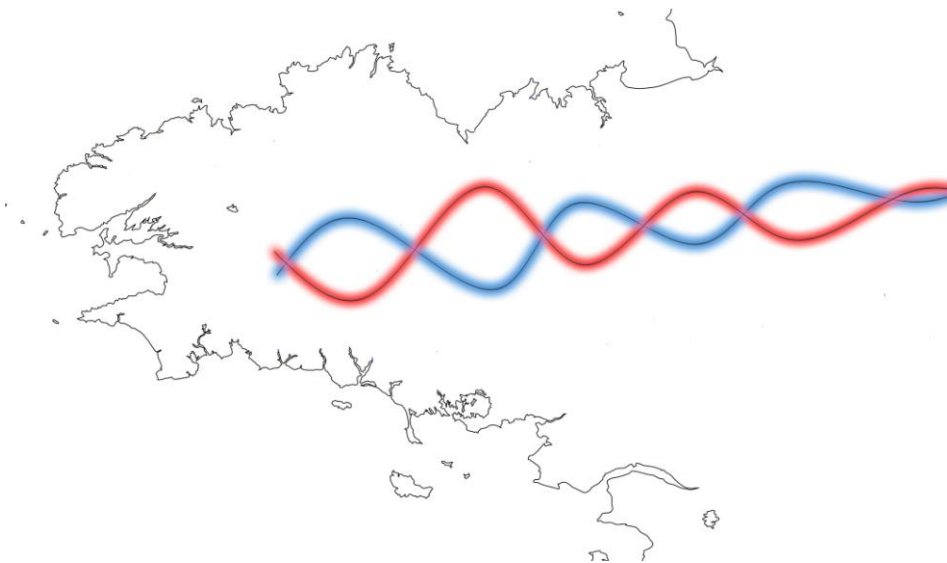


# CHIRURGIE BARIATRIQUE DE L'ADULTE



*Vous aimeriez bénéficier d'une chirurgie de l'obésité, **votre motivation est la clé du succès.***

*Ce livret vous permettra **de vous informer et de vous expliquer les différentes étapes à suivre lors de votre engagement dans ce type de traitement.** Ainsi il vous aidera à suivre au mieux le parcours médical, qui s'ouvre à vous avant le jour J, et il contribuera à l'organisation de votre suivi après la chirurgie, afin de retirer le meilleur de cette démarche.*

*Toutefois, il ne remplace pas les informations données par l'équipe spécialisée en chirurgie de l'obésité que vous allez rencontrer.*

***Votre compréhension et votre implication sont essentielles pour assurer une bonne préparation et un suivi optimal.***

# L'OBESITE, Une maladie chronique

L'obésité se définit comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé.

L'obésité, lorsqu'elle est sévère ou massive, risque d'entraîner des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle menace la santé et peut provoquer des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le syndrome d'apnée du sommeil, les problèmes articulaires et des conséquences psychologiques...

L'indice de masse corporelle (IMC) est un moyen simple de mesurer l'obésité : il correspond au poids de la personne (en kilogrammes) divisé par le carré de sa taille (en mètres).

Votre poids : \_\_\_\_\_

Votre taille : \_\_\_\_\_

**Votre IMC** :  $\frac{\text{Poids}}{\text{Taille X Taille}} =$  \_\_\_\_\_

## Normes IMC :

	IMC
Poids normal	18.5 à 24.9
Surpoids	25 à 29.9
Obésité	30 à 34.9
Obésité sévère	35 à 39.9
Obésité massive	≥ 40

Une prise en charge médicale de votre obésité est nécessaire avant d'envisager une prise en charge chirurgicale.

**La chirurgie de l'obésité aide à perdre du poids durablement et à contrôler ces maladies, voire les faire disparaître. Néanmoins, se faire opérer est une décision importante et nécessite une bonne préparation.**

**Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :**

- participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause.
- bien se préparer à cette intervention et à l'hospitalisation.
- comprendre et accepter la nécessité d'un suivi régulier à vie, même si tout va bien.

**AVANT  
LA  
CHIRURGIE**

# La Préparation

Cette phase de préparation est indispensable et nécessite un véritable engagement de votre part.

Durant plusieurs mois, vous allez rencontrer différents professionnels, membres d'une équipe pluridisciplinaire (chirurgien, médecin nutritionniste, endocrinologue, diététicien, psychiatre ou psychologue, anesthésiste, etc.) qui vont vous informer et vous examiner.

Ils vont également vous prescrire différents examens selon les besoins (exemples : prises de sang, fibroscopie oesogastroduodénale et, si nécessaire, radiographies, évaluation de la fonction respiratoire et cardiaque...).

Ceux-ci ont pour buts de réaliser :

- un **bilan complet de l'obésité et de votre état de santé** afin de traiter, si ce n'est déjà fait, les affections dont vous souffrez (carences nutritionnelles ou vitaminiques, diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, troubles cardiaques, syndrome d'apnée du sommeil ou autres troubles respiratoires, troubles articulaires, etc.) ;
- un bilan psychologique afin de vous proposer, si besoin, une prise en charge psychothérapeutique ;
- un bilan de votre activité physique et de vos habitudes alimentaires.

Pendant cette phase de préparation il est nécessaire de modifier son comportement alimentaire et son activité physique (cf. page 10).

Il est aussi utile de rencontrer des patients déjà opérés.

**Il est vivement conseillé d'arrêter de fumer au moins 1 mois avant l'intervention.  
Pour cela vous pouvez vous faire aider par votre médecin traitant.  
Cela diminue le risque opératoire, et le risque de complications après la chirurgie**

# INDICATIONS

Habituellement ce type de chirurgie s'adresse aux patients de 18 à 65 ans.

**IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>**

**Ou**

**IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> avec au moins une comorbidité :**

- **Hypertension artérielle**
- **Syndrome d'apnée du sommeil**
- **Diabète de type 2**
- **Maladies ostéo-articulaires invalidantes**
- **Stéatose hépatique non alcoolique, etc.**

## ET

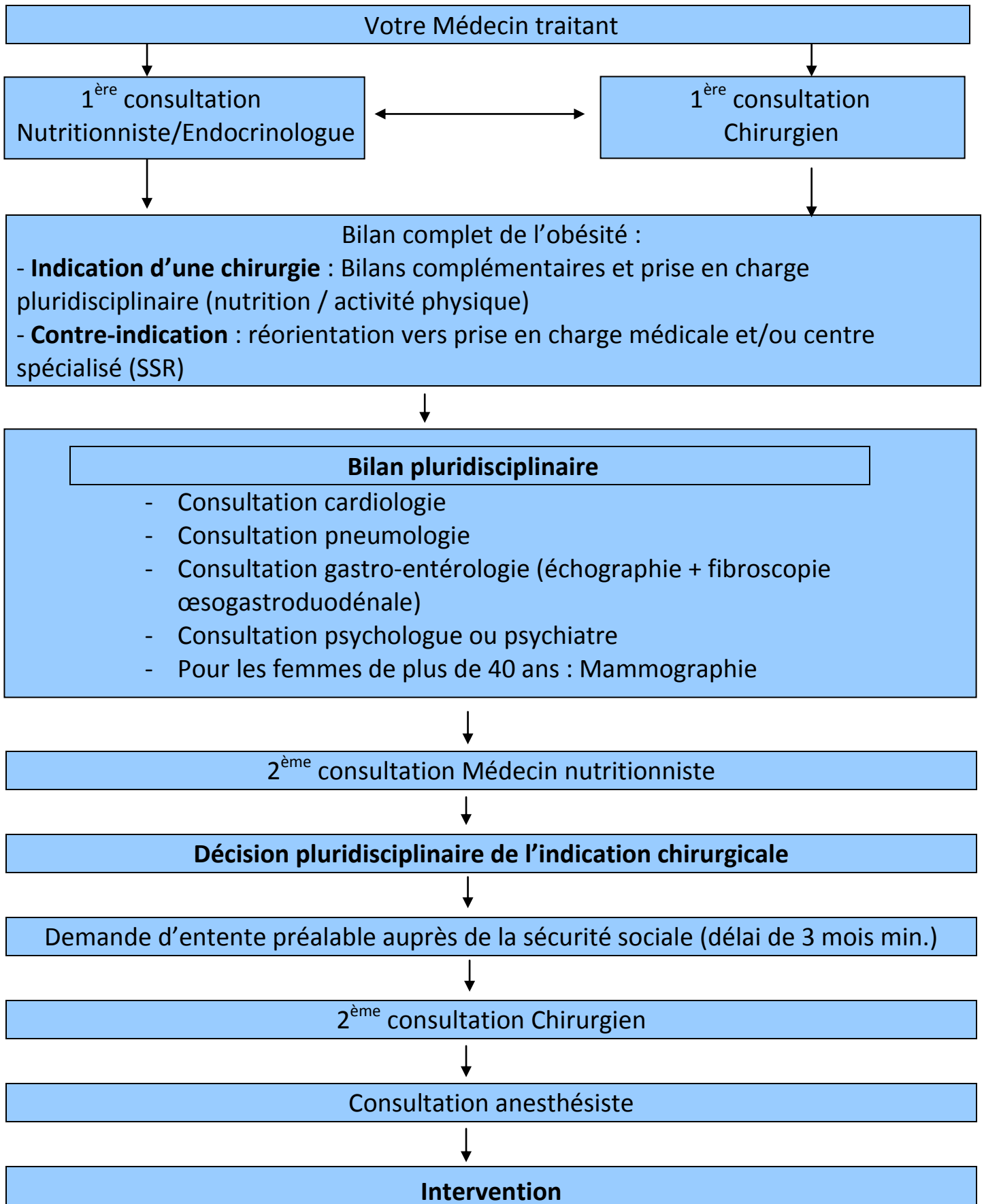
- **Échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et/ou Psychothérapeutique bien conduit pendant plus de 6 mois**
- **Patient bien informé au préalable**
- **Évaluation et prise en charge préopératoires pluridisciplinaires pendant plusieurs mois (minimum 6 mois)**
- **Nécessité comprise et acceptée par le patient d'un suivi chirurgical et médical la vie durant**
- **Risque opératoire acceptable.**

# CONTRE INDICATIONS

- Troubles cognitifs ou mentaux sévères non stabilisés
- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- Contre-indications à l'anesthésie générale
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée et incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical la vie durant.



# Le déroulement



# PREPARATION A LA CHIRURGIE

## Alimentation & Activité physique

Dans le cadre de votre prise en charge, vous serez suivi par l'équipe pluridisciplinaire qui vous donnera des consignes sur l'activité physique et les changements à apporter à votre alimentation pour que la chirurgie soit une réussite.

Ces consignes sont à mettre en œuvre avant la chirurgie et conditionneront la décision de l'équipe pluridisciplinaire

### Alimentation

Avant d'envisager la chirurgie, il est nécessaire que votre alimentation soit structurée, c'est-à-dire qu'elle comporte 3 repas +/- 1 collation et qu'elle soit dépourvue de grignotage ou de collation avec des aliments sans intérêt nutritionnel.

Il est aussi important que votre alimentation soit la plus variée et équilibrée possible.

Un nutritionniste, un endocrinologue ou un diététicien pourront vous aider à mettre en place ces changements.

### Activité physique

Préparez-vous progressivement à l'activité physique, réentraînement à l'effort avant la chirurgie en fonction de vos possibilités,

Par exemple : Marcher à pied 15 minutes deux fois par jour minimum, prendre les escaliers, vélo...

Le réentraînement à l'effort est indispensable pour un bon résultat à court et long terme.

**Votre implication et vos efforts vis-à-vis des changements que vous allez mettre en place par rapport à vos habitudes alimentaires et votre activité physique conditionneront :**

- La décision de l'équipe pluridisciplinaire pour vous faire bénéficier d'une chirurgie de l'obésité,
- Les résultats de façon durable.

# La Décision

À l'issue de la phase préparatoire, l'équipe pluridisciplinaire se réunit lors de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) et rend un avis qui peut être de trois ordres :

**L'intervention est envisageable.** L'équipe vous donne alors plus d'informations sur la technique opératoire choisie. Si vous êtes décidé(e) à vous faire opérer, une date d'intervention vous est proposée et une demande d'entente préalable est adressée à votre caisse d'assurance maladie (en savoir plus : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)).

**Votre préparation à l'intervention n'est pas suffisante.** Vous devez vous engager dans une préparation complémentaire. À son terme, l'équipe pluridisciplinaire réexamine votre demande et rend un nouvel avis.

**La chirurgie n'est pas envisageable dans votre cas.** L'équipe pluridisciplinaire vous en explique les raisons et vous propose une autre prise en charge (non chirurgicale).

# LA CHIRURGIE

# INFORMATION SUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Les différentes techniques de chirurgie de l'obésité (ou chirurgie « bariatrique ») sont efficaces pour perdre du poids durablement et ainsi réduire les affections liées à l'obésité et améliorer la qualité de vie.

Mais attention, la chirurgie doit être accompagnée d'une modification de vos habitudes alimentaires et d'une augmentation de votre activité physique, à vie, pour être efficace.

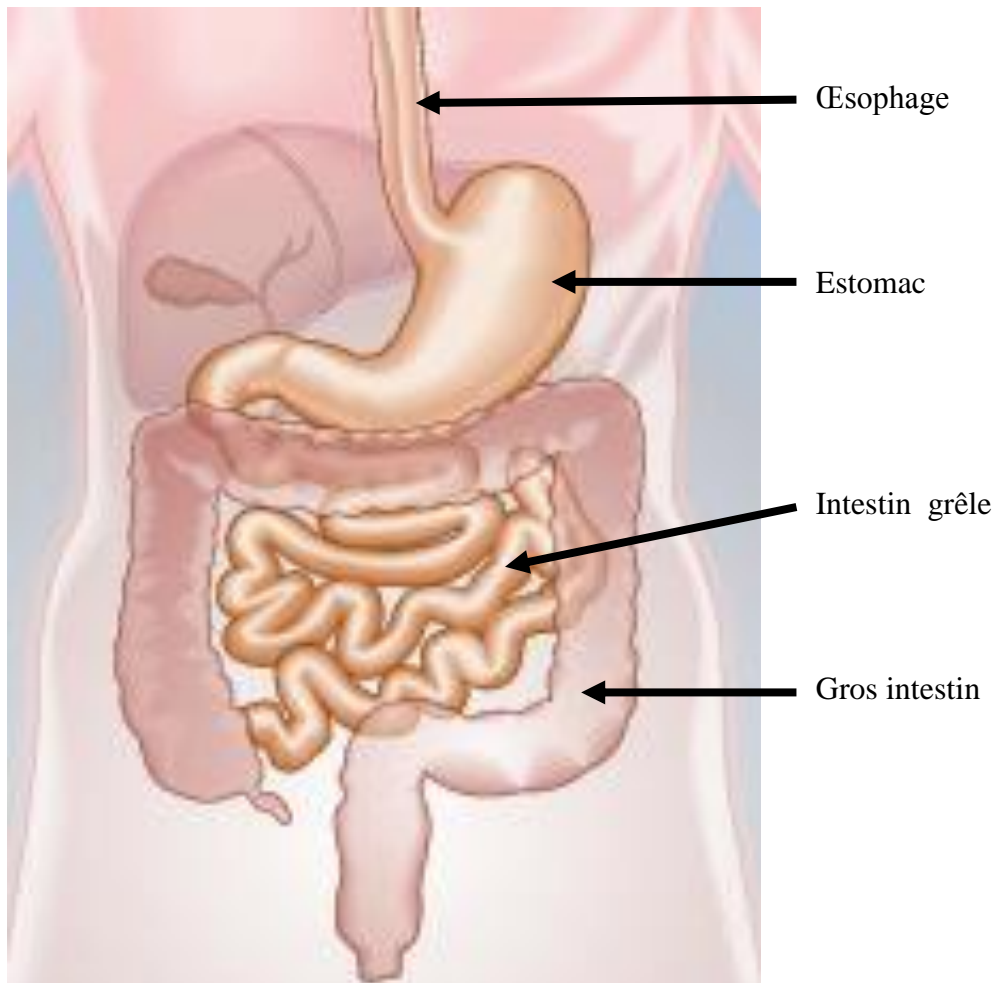
La chirurgie bariatrique modifie l'anatomie du système digestif. C'est une aide mécanique et/ou métabolique qui permet de diminuer la quantité d'aliments consommée (principe de restriction) et/ou de limiter l'assimilation des aliments par l'organisme (principe de malabsorption).

## *Rappel*

► **L'estomac** est une portion du tube digestif en forme de poche, située entre l'œsophage et l'intestin. Il a un rôle de réservoir et permet d'assurer la digestion par ses fonctions mécaniques de brassage.

► **L'intestin** est la partie du système digestif qui s'étend de la sortie de l'estomac à l'anus. C'est la partie du corps qui assure l'assimilation dans le sang des nutriments (vitamines, minéraux, protéines...) provenant des aliments.

## AVANT :

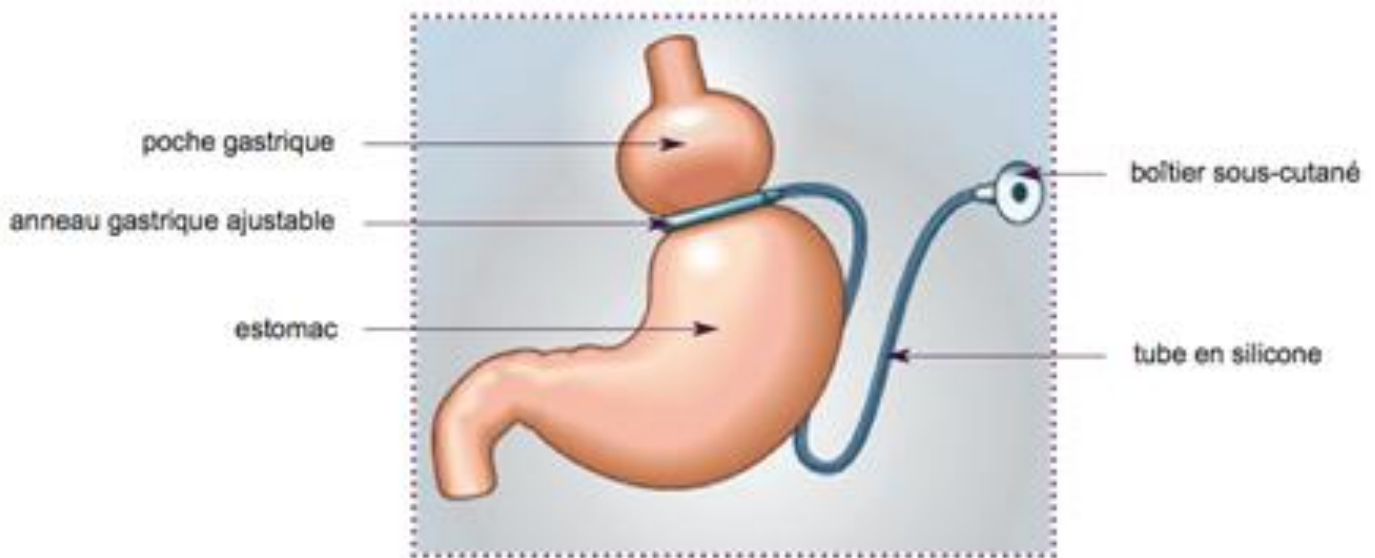


### *Il existe différentes techniques chirurgicales :*

- ▶ L'anneau gastrique
- ▶ Le by pass
- ▶ La sleeve gastrectomie
- ▶ Le switch duodéno pancréatique

**Chaque intervention a ses avantages et ses inconvénients.  
L'équipe pluridisciplinaire vous propose l'intervention la plus appropriée à  
votre situation, en fonction de vos besoins et de vos facteurs de risque.**

# Anneau Gastrique Ajustable



## Principe

Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.

Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche.

Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement.

Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier. **Des modifications alimentaires sont indispensables, sinon il y a un risque de vomissements ou d'échec.**

Seule technique ajustable. L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau.

Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Des contrôles radiologiques sont nécessaires lors des suivis.

**L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.**

### **Perte de poids attendue**

De l'ordre de 20 à 40 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg. *Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>. Le recul sur ces résultats est de 15 ans.*

En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.

**Durée moyenne de l'intervention : 1 heure**

**Durée moyenne de l'hospitalisation : 2 à 3 jours**

**Mortalité liée à l'intervention : 0,1 %**

### **Principaux risques de complications :**

Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :

- problèmes liés au boîtier : infection, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier à l'anneau

- glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants, voire l'impossibilité de s'alimenter

- troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...)

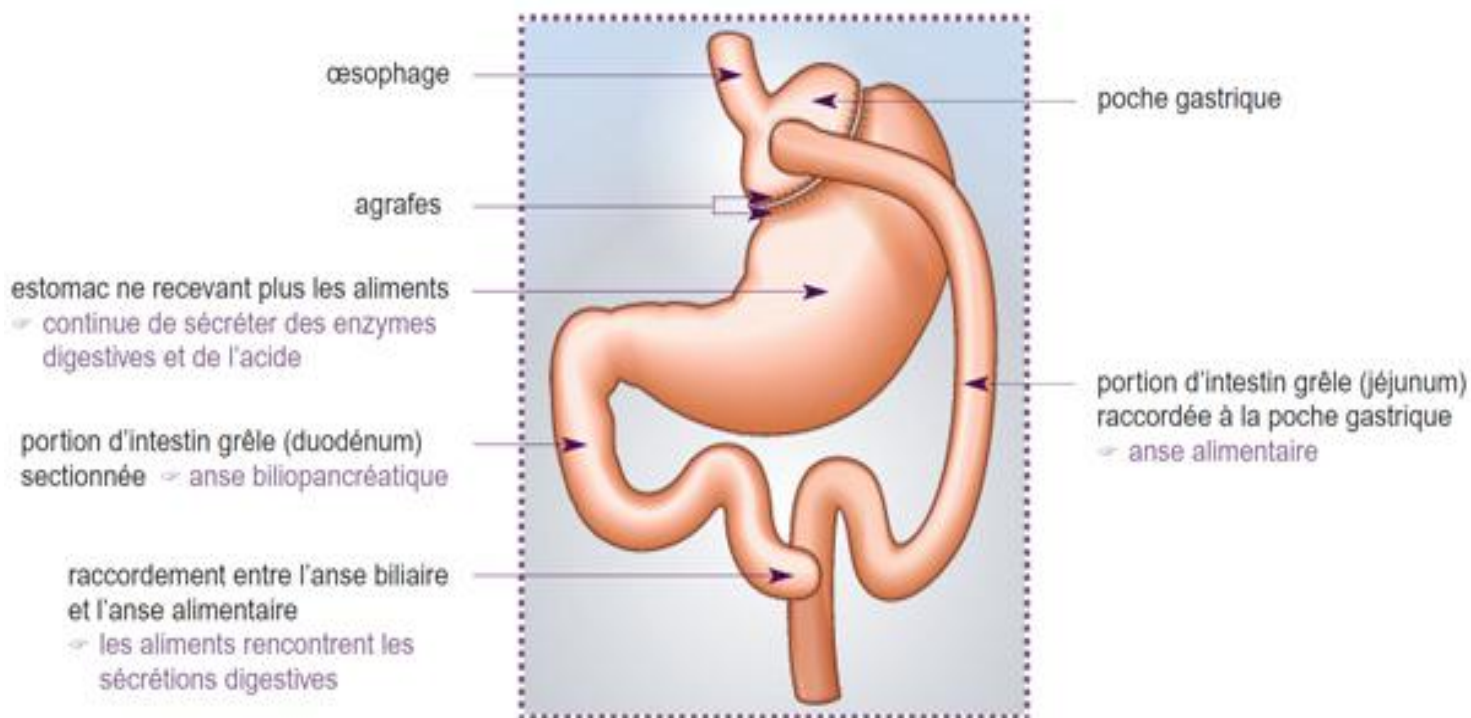
- lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau).

Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.

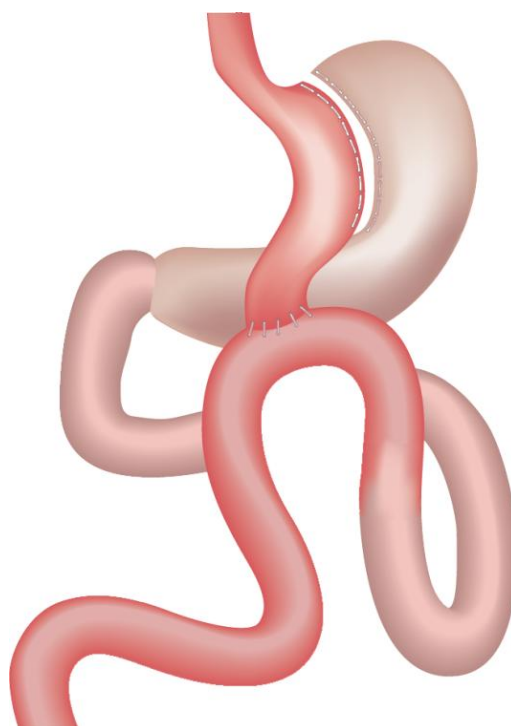


# By Pass

## AVEC ANSE EN Y :



## AVEC ANSE EN OMEGA ou MINI BY PASS :



## Principe :

Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé).

Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.

## Perte de poids attendue :

De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg. *Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>. Le recul sur ces résultats est de 20 ans.*

**Durée moyenne de l'intervention : 1h30 à 3 h**

**Durée moyenne de l'hospitalisation : 4 à 8 jours**

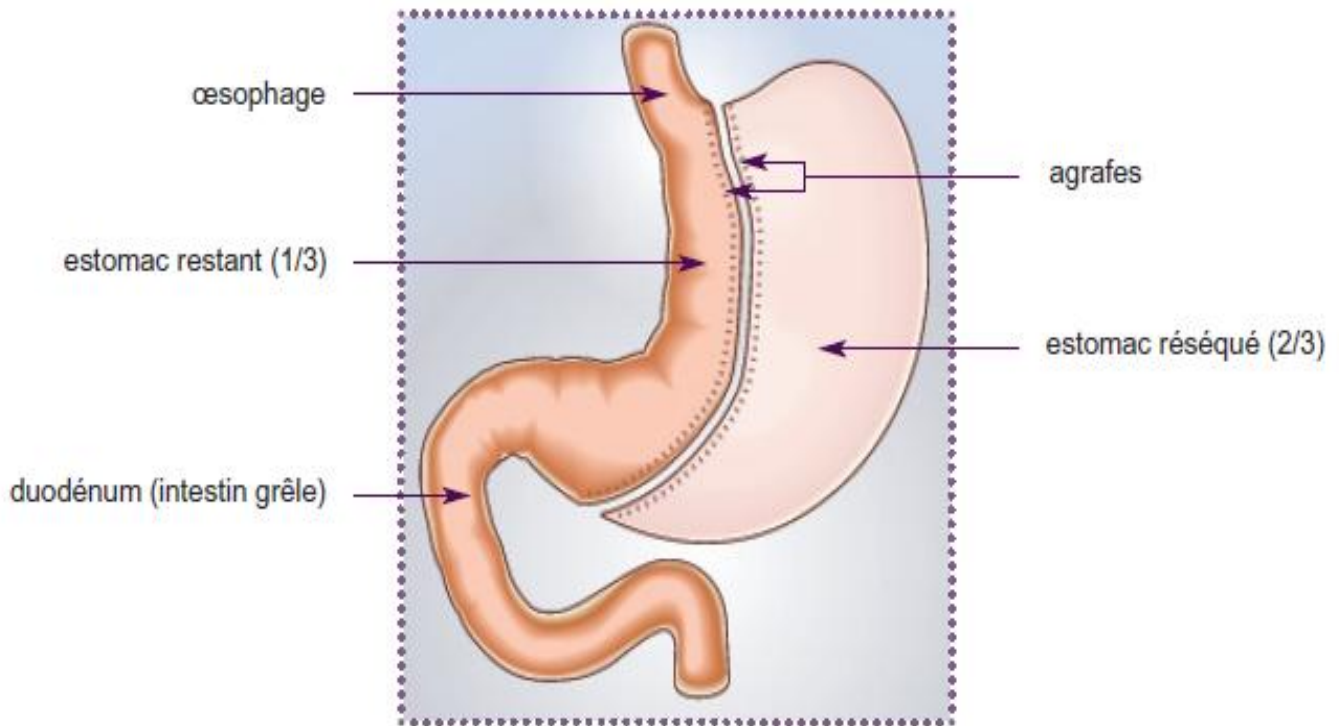
**Mortalité liée à l'intervention : 0,5 %**

## Principaux risques de complications :

- complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ;
- carences nutritionnelles surtout si mauvaise prise des vitamines prescrites;
- complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas surtout si grignotages, dumping syndrome\*, constipation.

*\***Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucre*

# Sleeve gastrectomie



## Principe

Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac, et notamment la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué.

Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.

La gastrectomie longitudinale constitue parfois la première étape d'une dérivation biliopancréatique (switch).

## Perte de poids attendue

De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après 2 ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg. *Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m<sup>2</sup>. Le recul sur ces résultats est de moins de 10 ans.*

**Durée moyenne de l'intervention : 2 h**

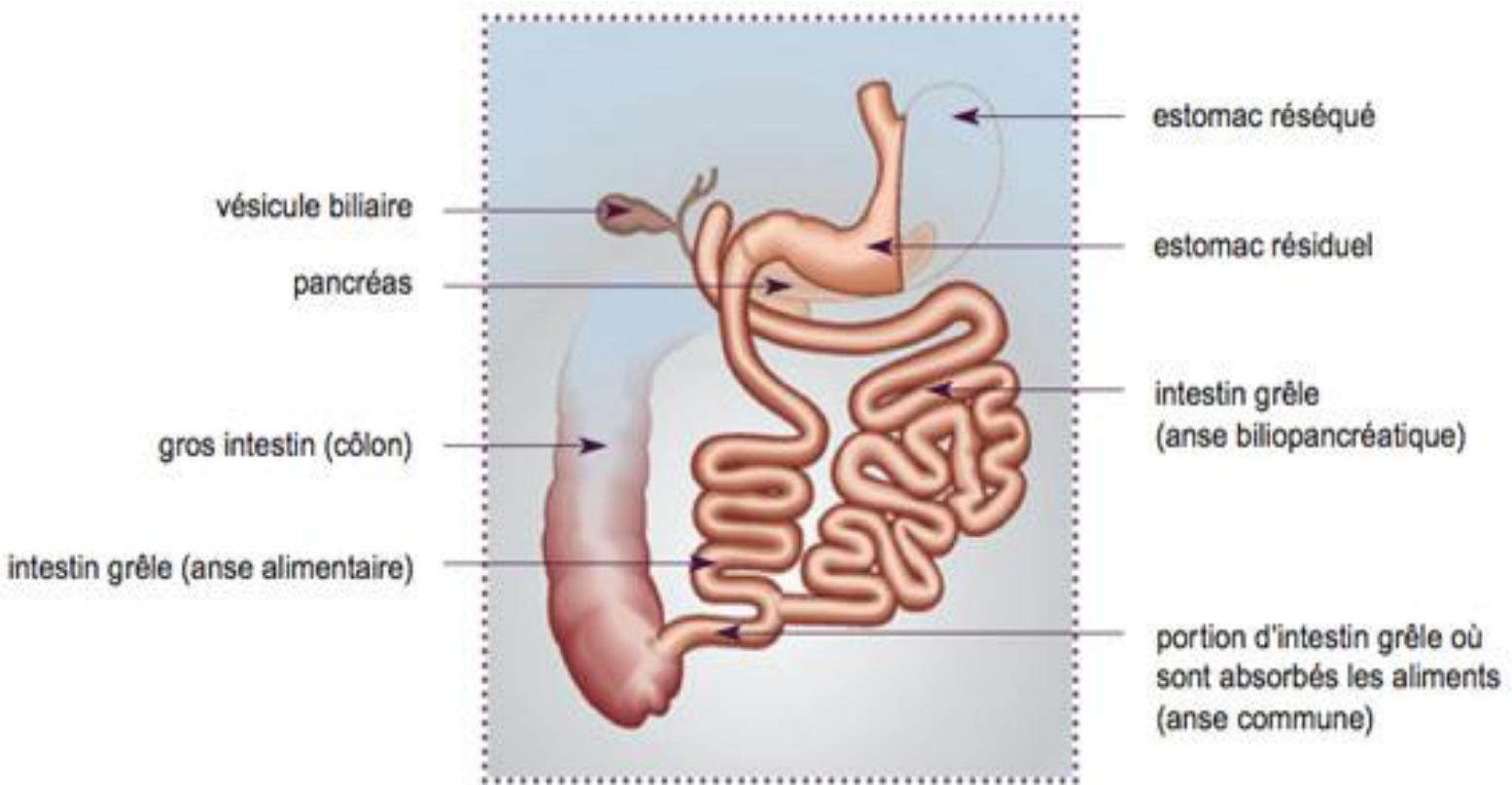
**Durée moyenne de l'hospitalisation : 3 à 8 jours**

**Mortalité liée à l'intervention : Estimée à 0,2%**

## Principaux risques de complications :

- ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ;
- hémorragies postopératoires précoces ;
- carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ;
- reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage.

# Switch duodéno pancréatique



## Principe

Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin.

La taille de l'estomac est réduite par gastrectomie partielle (ablation de l'estomac) et l'intestin grêle divisé en deux parties. L'estomac est raccordé à la partie servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas est raccordée à la fin de l'intestin grêle. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle; l'essentiel des aliments passe directement dans le gros intestin sans être absorbé.

Cette technique est réservée aux patients avec IMC  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup> et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.

### **Perte de poids attendue**

De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg. *Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m<sup>2</sup>.*

**Durée moyenne de l'intervention** : 4 à 5 heures

**Durée moyenne de l'hospitalisation** : 8 à 10 jours

**Mortalité liée à l'intervention** : 1 %

### **Principaux risques de complications :**

- risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines) ;
- risque important de malabsorption de médicaments ;
- complications fonctionnelles : diarrhée, selles malodorantes ;
- complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.

*Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire ces schémas. Ils sont également consultables sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) rubrique « Évaluation & recommandation ».*

**APRES  
LA  
CHIRURGIE**

# L'ALIMENTATION

**La chirurgie doit être accompagnée d'une modification de vos habitudes alimentaires. Il est important d'être prêt à adapter son alimentation à cette nouvelle situation.**

Après ce type d'intervention, vous devez vous préparer à réduire considérablement vos apports alimentaires et à favoriser les aliments qui permettront de couvrir vos besoins nutritionnels.

## Les premiers jours après l'opération :

- Votre alimentation devra avoir **une structure lisse, sans morceaux** pour ne pas léser vos cicatrices sur l'estomac et l'intestin. Il vous sera conseillé pendant cette période de consommer des potages, des purées, des laitages, des compotes...
- La diminution du volume de l'estomac entraîne la **diminution du volume des prises alimentaires**. Chaque prise alimentaire ne devra pas dépasser 200 ml (2 pots à yaourt).
- La diminution du volume des repas, entraîne de faible apport en calories et en protéines. Il vous sera demandé de **fractionner** votre alimentation (3 repas et 3 collations) et d'**enrichir** certaines préparations.

## Les semaines suivantes :

- La texture des préparations évoluera progressivement, sous réserve d'une **mastication efficace**.
- Le volume des repas restera inchangé.
- Le fractionnement pourra être diminué en fonction de la qualité de votre alimentation et de votre état nutritionnel.
- Toutefois une attention particulière sera portée à **la qualité de l'alimentation** notamment au niveau de l'apport en protéines et micro nutriments.



## **A long terme :**

Suivre une **alimentation équilibrée**, toujours en petites quantités.

- En privilégiant des aliments de qualité : Lait et produits laitiers, viandes, poissons et œufs, fruits et légumes.
- En limitant les produits sucrés, les boissons sucrées, les alcools, les grignotages, responsables de malaises (dumping syndrom) et d'une éventuelle reprise de poids.
- En mangeant lentement et dans le calme.
- En mâchant correctement les aliments.

## **L'hydratation :**

Après cette chirurgie, il est important de couvrir ses besoins hydriques pour éviter le risque de fatigue importante, de constipation régulière et d'agression des reins.

Il est vivement conseillé de boire au moins 1.5 litre d'eau par jour en petites quantités et à distance des repas.

**Tout au long de votre parcours, une équipe médicale pluridisciplinaire vous accompagnera dans ces changements, en vous transmettant des conseils personnalisés.**

**Vous ne devez pas oublier que la chirurgie de l'obésité n'est pas une baguette magique, qui vous fera perdre des kilos en trop, c'est une aide dans votre combat face à l'obésité.**

**Seul un changement durable de votre mode de vie (habitudes alimentaires et activité physique) permettra un réel résultat sur les affections liées à l'obésité et sur la perte de poids à long terme.**

**Pas d'alcool ni de boisson gazeuse le premier mois au risque d'endommager les cicatrices et de faire des malaises.**

# SUPPLEMENTATION VITAMINES & MINERAUX

En fonction de vos bilans sanguins, de vos antécédents et de la technique chirurgicale choisie, le risque de carences en vitamines et minéraux peut être très important.

Votre chirurgien ou votre nutritionniste/endocrinologue vous remettra une prescription de vitamines et de minéraux à prendre quotidiennement.

Cette prescription sera réévaluée en fonctions des résultats biologiques périodiques de surveillance.

Certaines vitamines seront à prendre à VIE.

## PERTE DE POIDS

La perte de poids est variable en fonction des patients et du type d'intervention (cf. Détail de chaque technique).

Nous vous conseillons de relever 1 fois par semaine votre poids (dans les mêmes conditions).

Pour mieux prendre conscience de votre perte de poids vous pouvez vous prendre en photo avant l'opération puis chaque mois après l'intervention. La comparaison de ces photos vous permettra de vous aider dans la découverte de notre nouveau corps.

# L'ACTIVITE PHYSIQUE

La modification de vos habitudes alimentaires ne constitue qu'une partie de votre investissement personnel. Vous devez également maintenir une activité physique régulière tout au long de votre vie.

Il faut consacrer du temps à l'écoute de son corps, prendre conscience de sa respiration, identifier ses postures, s'étirer; pour cela un kinésithérapeute peut vous aider.

L'exercice doit être modéré, raisonnable, doux et avec le temps prolongé.

**Le premier mois**, évitez toute activité physique intense et le port de charges lourdes (comme des enfants en bas âge par exemple). L'activité physique devra se limiter à **une marche à pied quotidienne de 30 min à 1h** en augmentant progressivement la durée, pour limiter le risque de complications.

**Mais après**, reprenez une activité physique régulière. Essayez de prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, de ne pas prendre la voiture pour les courtes distances ...

**Il est recommandé de faire 45 min de marche rapide au moins 3 fois par semaine.**

L'activité physique vous aidera à maigrir tout en limitant la fonte musculaire mais aussi à diminuer vos risques de maladies coronariennes, d'ostéoporose, améliorer l'humeur, diminuer le stress...

*Les bains ne sont possibles en piscine qu'à partir de 21 jours après l'intervention. Avant, la cicatrisation cutanée n'est pas terminée et l'eau peut avoir un effet creusant sur la plaie.*

# LE SUIVI MEDICAL A VIE

## Pourquoi ?

Après avoir subi une intervention de ce type, il est nécessaire que vous soyez suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire, en liaison avec votre médecin traitant, pour :

- Evaluer votre perte de poids
- Vérifier votre bon état de santé
- Repérer et prendre en charge d'éventuelles complications chirurgicales ou carences nutritionnelles, car celles-ci peuvent survenir tôt ou plus tardivement
- Adapter si besoin les traitements
- Vérifier votre adaptabilité aux nouvelles habitudes alimentaires et activités physiques

# LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

L'opération chirurgicale est un acte de changement qui doit s'accompagner de votre volonté pour qu'il soit une réelle transformation intérieure.

La chirurgie va vous aider à perdre du poids mais elle ne résoudra pas vos problèmes personnels.

La perte de poids qui suit l'intervention, va révéler en vous des sentiments contradictoires. Un grand soulagement dû à la perte de tous ces kilos... mais aussi une fragilité due à la nouvelle situation dans laquelle vous vous trouvez maintenant :

- Transformation de l'image de soi
- Le regard des autres
- Changement dans la vie de couple
- Changement de la libido
- Fatigue
- Rapport à l'estime de soi
- « Reconnexion » à la vie sociale

Ces bouleversements sont tout à fait légitimes, n'hésitez pas à en parler à un spécialiste, à demander conseil à l'équipe pluridisciplinaire, ou à prendre contact avec une association de patients.

# VIE DE COUPLE

## CONTRACEPTION / GROSSESSE

### VIE DE COUPLE

Vous avez changé. Plus actif, plus sensible. Cela faisait si longtemps que vous étiez enfermé dans ce poids, triste, avec une mauvaise image de vous-même. Il faut vous reconstruire. Cela va prendre du temps. Votre conjoint est directement concerné, cela fait aussi beaucoup de changements pour lui, il n'y était pas forcément préparé. Parlez-en ensemble, l'important est de communiquer.

N'hésitez pas à recourir à la psychothérapie de couple pour vous aider à mieux vous comprendre, sans colère. Il n'y a pas de honte. C'est fréquent.

### CONTRACEPTION

Une contraception efficace est impérative les 18 premiers mois. Il conviendra de revoir avec votre gynécologue une contraception adaptée.

### GROSSESSE

Il est grandement conseillé d'éviter d'être enceinte dans les 18 premiers mois qui suivent votre intervention.

Si vous avez le projet de concevoir un enfant, parlez-en à votre médecin nutritionniste ou endocrinologue qui vous a suivi tout au long de votre parcours chirurgical.

En cas de grossesse, il est très important de prévenir votre médecin nutritionniste ou endocrinologue, car il sera amené à adapter votre supplémentation en vitamines et minéraux et à rapprocher les bilans.

# CHIRURGIE REPARATRICE

Une perte importante de poids peut entraîner un surplus de peau au niveau des bras, de l'abdomen, des cuisses ...

Il est important pour limiter cet effet de pratiquer régulièrement une activité physique.

Cependant une chirurgie réparatrice peut être envisagée après la stabilisation de votre poids (minimum 18 mois après votre chirurgie de l'obésité).

Après accord de votre chirurgien et/ ou de votre médecin nutritionniste ou endocrinologue, vous pouvez prendre contact avec un service de chirurgie plastique où vous sera proposée une chirurgie adaptée à vos besoins.

Sous certaines conditions, cette chirurgie peut être prise en charge par la sécurité sociale.