

RÔLE DU MEDECIN TRAITANT DANS LE SUIVI DES PATIENTS OPÉRÉS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE



Dr Amélie Oger
Médecin Nutritionniste
Polyclinique du Parc Rambot
Aix en Provence



Plan :

- Introduction: quelques résultats
- Organisation du suivi selon les recommandations de l'HAS (janvier 2009)
- Etude du rôle du médecin traitant à Nancy
- Conclusion

Introduction :

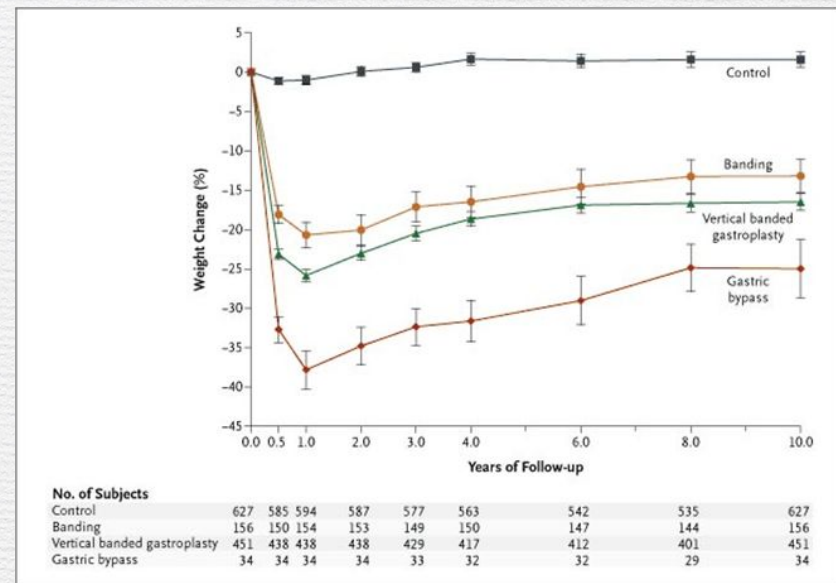
- Médecin Généraliste:

- médecin traitant, 1er accès aux soins dans le parcours de santé
- ne peut ignorer la réalité
- 15% de sujets adultes obèses en France (Obépi 2012)
- 30000 interventions de chirurgie bariatrique en 2013 en France
- relation médecin - patient de longue durée



Résultats à moyen et long terme

- A court terme : un an après l'intervention,
 - pour les 3 techniques:
 - pertes moyennes de poids de - 20 à - 50 kg.
 - perte d'excès de poids moyenne de
 - 45 % pour les AGA
 - 61 % pour la GVC
 - 68 % pour le BPG ;




Sjostrom L. et al. *N Engl J Med* 2004;351:2683-2693



Résultats à moyen et long terme

- A long terme :
 - amélioration de la qualité de vie
 - amélioration des comorbidités (DT2, dyslipidémie, SAOS...)
- Ces résultats dépendent aussi de :
 - la PEC pré-opératoire
 - du choix de la technique en fonction du profil du patient (ATCD, connaissance diététique, comorbidité, type d'obésité, profil alimentaire, suivi nutritionnel post-opératoire....)

Comment et Pourquoi suivre ces patients en post-opératoire ?

Suivi et prise en charge postopératoires 


Suivi la vie
durant


Suivi précoce


Aspects diététiques
et nutritionnels


Suivi des
comorbidités



Adaptation des
posologies des traitements


Supplémentation en
vitamines et oligoéléments


Prévention de
la lithiase biliaire


Suivi éducatif


Suivi psychologique /
psychiatrique


Suivi
chirurgical


Chirurgie
réparatrice

Aspects Diététiques et Nutritionnels



- Evaluer la **perte de poids** et la **cinétique**
- Mener une **enquête alimentaire** et réitérer les **conseils diététiques**
- Rechercher les signes cliniques de **dénutrition** et **carences nutritionnelles +/- dosages biologiques**
- S'assurer d'un **apport hydrique** et **protidique suffisant et régulier**
- Reprise d'une **activité physique régulière**

Suivi des Comorbidités

- Il est recommandé de surveiller les comorbidités après chirurgie bariatrique notamment:

- Diabète de type 2

- HTA

- Dyslipidémie

- SAOS

- NASH

- et d'adapter leur traitement



Supplémentation en Vitamines et Oligo-éléments



- Supplémentation
 - **systematique**, et **à vie** en cas de technique **malabsorptive** (Multi-vitamines, Fer, Ca^{2+} , Vitamine D, Vitamine B12...).
 - Pour les techniques **restrictives**, **pas de recommandation** à ce jour
 - Renforcer en cas de situation particulière (déficit avéré)
- **Prévenir** les patients des risques encourus en l'absence de supplémentation et des signes d'alerte (neurologiques, perte poids trop rapide, troubles sensoriels/visuels, asthénie...) => **Education** du patient

Suivi Éducatif

- Suivi éducatif établi en **pré-opératoire** à poursuivre en **post-opératoire** par les différents intervenants
 - maintien des compétences acquises du patient (diététique, activité physique...)





Suivi à vie

- Toute la vie, car:
 - l'obésité est une **maladie chronique**
 - il existe des risques de **complications tardives** (chirurgicales, nutritionnelles...)
- Au moins 4 consultations la 1ère année (M3, M6, M9, M12), 2 la 2ème année (M18, M24), puis 1 par an à vie
- Suivi après chirurgie bariatrique assuré par **équipe pluri-disciplinaire** ayant posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant

Les risques et/ou complications post-opératoires



- Anneau: complications mécaniques type gastrite, ulcère, migration d'anneau, problème au niveau du boîtier
- Sleeve-gastrectomie: fistules, ulcères, hémorragies post-opératoires, RGO, dilatation de poche, carences nutritionnelles
- By-pass:
 - complications chirurgicales: ulcères, fistules, hémorragies
 - complications nutritionnelles: carences
 - complications fonctionnelles: hypoglycémie, dumping syndrome, diarrhée, constipation

Etude Réalisée à Nancy



Implication et rôle du médecin traitant dans le traitement chirurgical de l'obésité.
Enquête téléphonique auprès de 100 médecins généralistes dont un patient a bénéficié d'un court-circuit gastrique.

But enquête:
Opinion MT sur chirurgie bariatrique
Place dans la prise en charge

Méthodologie

- Enquête téléphonique auprès de 209 médecins ayant dans leur patientelle au moins 1 patient opéré d'un By-Pass
- 151 médecins tirés au sort pour obtenir 100 réponses au questionnaires (20 items)
 - Taux de réponse 66,2 %

Principaux résultats et discussion

• Leur avis est-il important ?

- MT = premier interlocuteur du patient
- 68% donnent leur avis avant la chirurgie

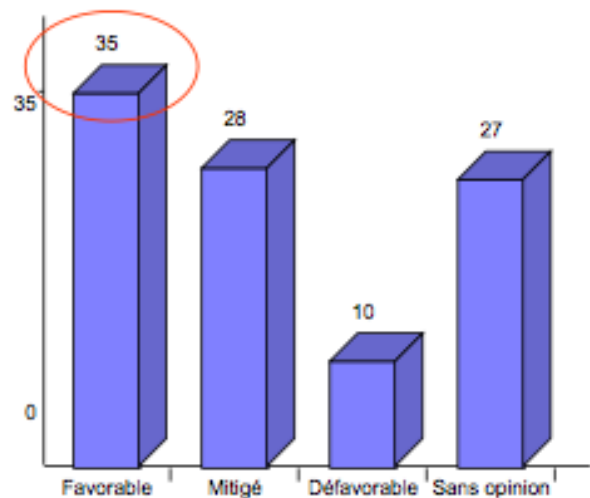
compétent pr donner avis	oui	non	TOTAL
Avis MT avant chir			
oui	41	27	68
non	12	20	32
TOTAL	53	47	100

• Où recherchent ils l'information ?

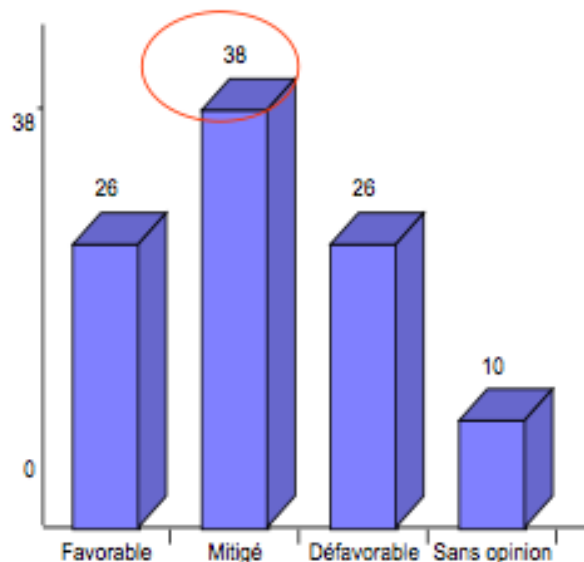
- Informations sur Internet (41%)
- Presse médicale généraliste (26%)
- FMC (21%)

Opinion avant court-circuit gastrique

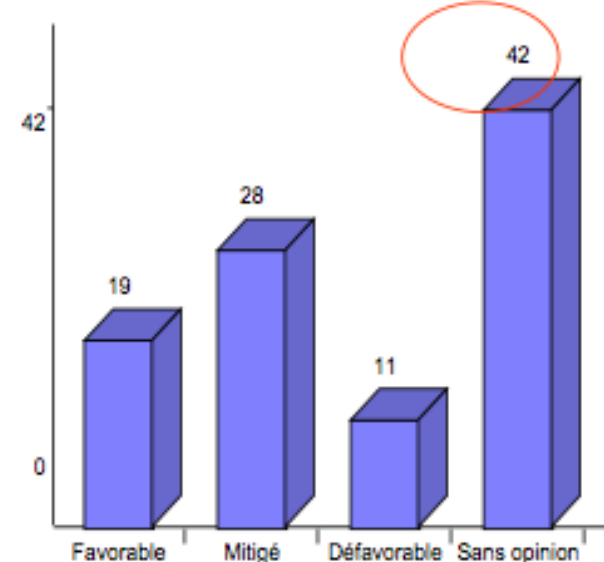
Sur le gastric bypass ou court-circuit g



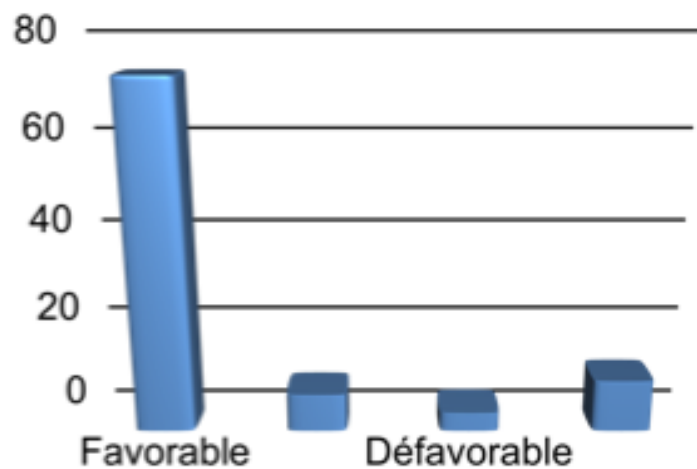
Sur l'anneau gastrique ?



Sur la gastroplastie verticale ?



Après



Effets sur les co-morbidités et mortalité ?

- **89%** pensent que la chirurgie bariatrique peut améliorer l'espérance de vie
- **84%** pensent qu'elle améliore les comorbidités

Amélioration des comorbidités ?	Fréquence
Diabète	87%
Dyslipidémies	83%
SAOS	91%
HTA	88%
Qualité de vie	91%
Troubles psychologiques	69%

Quelle est leur place avant ?

- Selon eux, leur avis est important à donner sur :
 - Le contexte socio-familial (65%)
 - L'observance (52%)
 - Le contexte psychologique (17%)
 - Validité de l'indication (5%)

Quelle est leur place dans le suivi ?

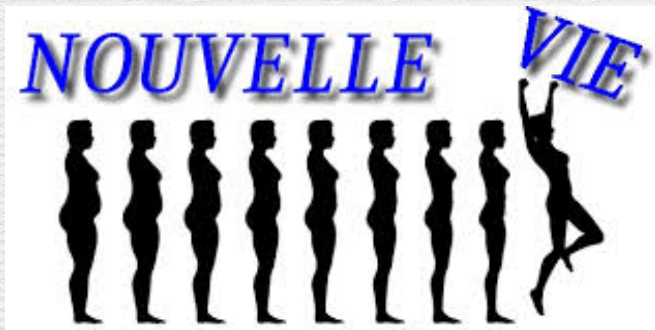
- Tous savent où adresser le patient en cas de complications
- 46% « disent » savoir prendre en charge les complications mécaniques et 69% les complications métaboliques
- 75% « disent » être capables d'assurer le suivi mais ils seraient 91% s'ils étaient formés

Ce qu'il ressort de cette étude

- **Pas formé et assez informé**: manque de compétences
- Pas ou peu de **communication** avec équipe pluri-disciplinaire
- Manque de **temps**
- Suivi surtout après les 2 premières années (au début, suivi à favoriser en centre pluridisciplinaire)
- Manque de **compliance et discipline des patients**
- Suivi au **long court**
- Evaluation et suivi **psy**

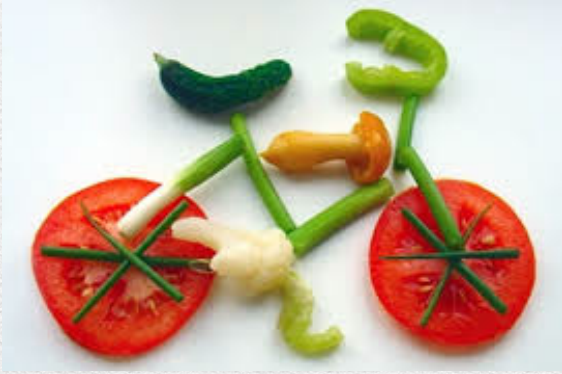
Suggestions pour améliorer le suivi

- Organisation de réunions de **formation**
- **Plan de suivi** joint au compte rendu de sortie du patient
- Compte rendu de tous les intervenants
- **Recommandations** claires par des organismes de référence
- Formation des jeunes médecins (ENC)
- **Structures adaptées** pour reprise de l'activité physique



Conclusion

- Le médecin généraliste occupe un **rôle important** pour répondre aux objectifs du **suivi** des patients en post-chirurgie bariatrique selon les recommandations de l'HAS
- Pour ce faire, étant donné la relative nouveauté de cette prise en charge de l'obésité, beaucoup d'éléments sont à **améliorer** comme l'**information/formation** des médecins et la **communication** entre les différents intervenants, avant et après la chirurgie.
- Néanmoins, il semble préférable pour la réussite de la chirurgie que le patient soit revu très régulièrement les 2 premières années, puis au moins une fois par an par l'équipe pluri-disciplinaire qui l'a pris en charge



Merci de votre attention

En France, l'obésité continue de faire des victimes...

Et vous pourriez reconnaître votre agresseur ?



Dr Amélie Oger