

PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE



1

Suppléments vitaminiques : « ordonnance type »

- AZINC forme et vitalité 2 cp/j
- Tardyferon 2 cp /j (À distance du calcium, Levothyrox et thé)
- Cacit vitD3 500 mg/440 UI cp à croquer ou sucer : 2/j en dehors des repas
- UVEDOSE en ampoule à adapter au dosage vitamine D

2

Prise en charge de douleurs abdominales chez le patient opéré de chirurgie bariatrique

- la Vigilance est de mise car Patients souvent PAUCI SYMPTOMATIQUES avec Examen clinique PEU CONTRIBUTIF (La tachycardie++++ peut être le seul signe de manière isolé témoin d'une complication)
- L'enjeu : éliminer rapidement les complications graves car le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge ++++
- AVIS chirurgical et bilan biologique systématique (NFS, CRP, IONO, BH, LIPASE, RAI).
- Recours et indication d'imagerie en coupe A POSER rapidement : Modalités à discuter avec le radiologue et chirurgien (TDM Abdominopelvien avec injection et +/- Opacification digestive haute)

Complications chirurgicales :

Fistules gastriques/gastro jéjunales : potentiellement graves+++ /abcès intra péritonéaux

Hemorragies intra-péritonéales/ intra luminales

Occlusion haute (sténose anastomotique/migration anneau)/ du grêle (hernie interne/ évagination sur orifice de trocart)

Ulcères gastriques ou anastomotiques

Complications lithiasiques vésiculaires (risque à moyen/long terme.. colique hépatique, migration lithiasique, cholécystite)

Abcès pariétaux

3

CAT devant des vomissements chez le patient opéré de chirurgie bariatrique

Distinguer les situations :

- Vomissements aigus avec douleurs : cf. protocole 2/
- Contexte : Vomissements post prandiaux, repas rapides, stress, « trop-plein » : fonctionnel, sans gravité
- Vomissements répétés : cf protocole 4/

4

Prise en charge vitaminique de troubles digestifs prolongés, chez le patient opéré de chirurgie bariatrique

Le patient présente un antécédent de chirurgie bariatrique et des vomissements répétés (au moins 1 fois par jour depuis 7 jours) ou des diarrhées chroniques (> 3 selles par jour depuis 1 mois) ou une anorexie depuis 1 mois ou des paresthésies

En l'absence d'allergie ou de contre indication antérieure à l'injection de vitamines et en l'absence de grossesse, perfuser en IV dans 250 ml de NaCl 0.9 % en 2h :

- 500 mg de vitamine B1
- 250 mg de vitamine B6
- 1 flacon de Cernevit
- 1 flacon de Tracutil

Vitamine B12 1000µg IM

Donner une ampoule de vitamine D 100 000 UI en prise orale

Cas particulier: Si perfusion impossible malgré plusieurs tentatives et en l'absence de prise d'anticoagulant +++ :

- 500 mg de vitamine B1 IM
- 250 mg de vitamine B6 IM
- 1 ampoule de vitamine B12 IM (1000 µg)

Bilan étiologique à réaliser : imagerie si vomissements ou anorexie (TOGD, TDM abdo, FOGD à discuter avec chirurgien),

Avis spécialisé avant sortie



5

Prise en charge vitaminique devant un tableau neurologique aigu chez le patient opéré d'une chirurgie bariatrique

Le patient présente un antécédent de chirurgie bariatrique et des vomissements répétés (au moins 1 fois par jour depuis 7 jours) ou des diarrhées chroniques (> 3 selles par jour depuis 1 mois) ou une anorexie depuis 1 mois) et un des signes neurologiques suivant d'apparition aigüe :

- Confusion
- Troubles d'allure psychiatrique
- Signes de neuropathie (troubles de la marche, troubles sensitifs, moteurs, ...)
- Syndrome cérébelleux
- Troubles oculomoteurs
- Troubles mnésiques inexplicables

→ Hospitalisation du patient et avis spécialisé

→ Bilan biologique à visée étiologique à prélever avant la perfusion vitaminique (mais ne doit pas retarder la prise en charge) :

- Hémogramme, ionogramme, créatinine, CRP
- Vitamine B12 et homocystéine
- Vitamine B9 sérique et érythrocytaire
- Vitamine B1, cuivre, zinc

En l'absence d'allergie ou de contre indication antérieure à l'injection de vitamines et en l'absence de grossesse, perfuser en IV dans 250 ml de NaCl 0.9 % en 2h :

- 500 mg de vitamine B1
- 250 mg de vitamine B6
- 250 mg de vitamine PP
- 1 flacon de Cernevital
- 1 flacon de Tracutil
- vitamine B12 1000 µg en IM, en l'absence de prise d'anti-coagulant

Devant tout signe neurologique, la vitamine B1 est à renouveler, à la dose de 500 mg 3 fois par jour pendant 2 jours puis 250 mg/J pendant 5 jours puis relais par une forme orale.

Eviter la perfusion de glucosé ou doit être réalisé après la perfusion de vitamines.

Cas particuliers : Si perfusion impossible malgré plusieurs tentatives et en l'absence de prise d'anticoagulant +++ :

- 500 mg de vitamine B1 IM
- 250 mg de vitamine B6 IM
- 1 ampoule de vitamine B12 IM (1000 µg)



6

Malaises post chirurgie bariatrique

Faire glycémie capillaire si le patient consulte au moment du malaise

Hospitalisation si :

- Dextro < 0,70g/l, et prélever glycémie veineuse, peptide C, insulinémie **avant resucrage**
- Signes de gravité à l'interrogatoire : perte de connaissance, convulsions, manifestations neurologiques

Si pas de critères de gravité, consultation spécialisée ambulatoire.

7

Grossesse et chirurgie bariatrique

Bilan pré-conceptionnel et trimestriel minimum :

- NFS, ionogramme, calcémie, albumine
- Ferritine, CST
- Vitamine B9, B12 et D
- TP
- +/- selon contexte, selenium, zinc, vitamine A, B1

Suppléments vitaminiques :

Attention à l'interprétation des dosages vitaminiques durant la grossesse (hémodilution).

Diminution physiologique de la vit A durant la grossesse : ne pas supplémenter (risque tératogène) sauf si carence majeure.

L'adaptation de supplément doit faire l'objet d'un avis spéclisé.

Dépistage du diabète gestationnel :

Ne pas faire d'HGPO (interprétation difficile, risque de dumping syndrome)

Dépistage sur GAJ et PP

Attention à restreindre la prise pondérale même après chirurgie de l'obésité

Complications chirurgicales pendant la grossesse :

Augmentation du risque d'occlusion par hernie interne, invagination ou volvulus (BPG+) : + fréquent lors de la 1ère grossesse et dans les 2 ans qui suivent la chirurgie. Vomissements rares.

Avoir l'imagerie facile (y compris scanner, après avis gynéco) puis exploration chirurgicale.



8

Particularité de l'anneau

La **dysphagie brutale** après anneau gastrique est une urgence, car risque d'ischémie aiguë de l'estomac:

- Desserrage urgent et complet de l'anneau : le boîtier sous-cutané est généralement palpable au niveau de la paroi abdominale, il se ponctionne comme une chambre implantable de perfusion.

Veiller à la stérilité du geste, car la surinfection du boîtier peut provoquer la surinfection de tout l'anneau résistant aux antibiotiques et nécessitant souvent l'ablation de l'anneau.

- TOGD (transit oeso-gastro-duodénal): examen de référence.

L'anneau gastrique n'est pas incompatible avec la grossesse. Il est conseillé de desserrer systématiquement l'anneau au 3^{ème} trimestre afin d'éviter des épisodes d'intolérances alimentaires aiguës.

Ne pas desserrer l'anneau gastrique avant le 3^{ème} trimestre quand il est bien toléré à cause du risque de prise de poids importante pendant la grossesse.

9

Reprise de suivi d'un patient asymptomatique ayant eu une chirurgie bariatrique

- Bilan de 1^{ère} intention à réaliser avant la prise en charge en HDJ Nutrition/obésité
- NFS
- TP
- Ionogramme sanguin, urée, créatinine
- ASAT, ALAT, GGT, PAL, BT
- Calcémie, phosphorémie, 25 OH vitamine D
- Albumine
- Ferritine, CST
- Vitamine B9 sérique et érythrocytaire, B12, B1
- Glycémie à jeun, HbA1c
- EAL : LDL-cholestérol, HDL-cholestérol, triglycérides

Demande de prise en charge à faxer au 2179 (01 57 02 21 79)