



Prise en charge de
l'obésité adulte et
chirurgie
bariatrique au
CHIC

Livret d'information à
destination du personnel
médical

INDICATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Qui adresser ?

Patients **demandeurs d'une prise en charge chirurgicale** et répondant aux indications.
Patients avec IMC ≥ 40 et/ou ≥ 35 avec comorbidités **en dehors d'un projet chirurgical**.

Obésité $< 35 \text{ kg / m}^2$	Médecin traitant + nutritionniste + diététicien
Obésité $35-40 \text{ kg / m}^2$ + comorbidités	CHIC
Obésité $> 40 \text{ kg / m}^2$	CHIC



LE PARCOURS DE SOIN

1ère consultation avec un chirurgien (Dr Lazzati ou Dr Bonaventure) ou un endocrinologue nutritionniste (Dr Pedro ou Dr Courbebaisse)

Puis prise en charge en hôpital de jour. Pour des cas exceptionnels, une prise en charge peut être organisée en consultation externe.

L'hôpital de jour est situé dans le bâtiment B, au 3^{ème} étage.

Constitution de l'équipe pluridisciplinaire:

- **Chirurgiens** : Dr Lazzati (consultations le mardi et le vendredi) et Dr Bonaventure (consultations le vendredi)
- **Endocrinologues nutritionnistes** : Dr Pedro (lundi, mercredi et vendredi) et Dr Courbebaisse (mardi et jeudi)
- **Diététiciennes** : Mme Joëlle Bernardon, Mme Jennifer Bertho, Mme Mélisande Le Cadre
- **Psychologues** : Mme Julie Bekaert-Maïga et Mr Yann Lebrun
- **IDE de coordination** : Mme Corinne Demea
- **Cadre supérieur de santé**: Mme Artero

LE BILAN OBÉSITÉ

Cette préparation qui dure entre 6 et 12 mois a plusieurs objectifs :

- faire le bilan du retentissement de l'obésité (respiratoire, métabolique, psychologique...)
- réaliser l'anesthésie générale et l'intervention dans des conditions optimales
- mais **SURTOUT initier des changements au niveau des habitudes alimentaires et du mode de vie.**

C'est ce dernier point, compliqué à mettre en place, qui fait que la préparation prend autant de temps. Le patient doit bénéficier d'au minimum 2 à 3 séances auprès de la diététicienne et du psychologue.

Il s'agit d'un **temps nécessaire et indispensable à la mise en place de modifications du mode de vie** (équilibre alimentaire, activité physique, travail psychologique, gestion des troubles du comportement alimentaire...) **qui permettront d'éviter une reprise de poids ultérieure et la survenue de complications.** En fonction des patients, il peut arriver que la préparation prenne plus de temps.

Liste non exhaustive des examens

- Bilan morphologique
- Bilan métabolique et vitaminique
- Bilan respiratoire : oxymétrie nocturne de dépistage, EFR, gaz et Rx de thorax
- Bilan cardiologique : ECG, consultation cardiologique et ETT +/- épreuve d'effort
- Bilan digestif : échographie abdominale, FOGD et biopsies, breath test
- Bilan gynécologique : mammographie chez les femmes de > 40 ans, frottis, contraception efficace
- Bilan ORL et stomatologique selon les signes d'orientation
- Suivi endocrinologique
- Suivi diététique
- Suivi psychologique (identification et correction des troubles du comportement alimentaires ou de contre-indications potentielles à la chirurgie)

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Elle a pour objectif de valider ou pas l'indication opératoire. Un avis favorable de toutes les catégories professionnelles est requis.

Les patients sont informés par téléphone ou en consultation de la décision de la RCP.

LA CHIRURGIE

Indications de la chirurgie

- IMC ≥ 40 kg/m²
- IMC entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible de s'améliorer avec la perte de poids (HTA, syndrome d'apnées du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique...)



En France, plus de
43 000 patients*
sont opérés d'une
chirurgie
bariatrique par an.

* Plus de 42 000 en 2013 selon la CCAM

Chirurgies restrictives :



La sleeve gastrectomie

Chirurgie de restriction : réduction du volume gastrique

Réduction de l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kgs en moyenne.



L'anneau gastrique

Chirurgie de restriction : non pratiquée au CHIC.

Réduction de l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kgs en moyenne.

Chirurgies restrictives et malabsorptives :



Le by-pass gastrique

Chirurgie de restriction et de malabsorption : pratiquée au CHIC

Réduction 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 kgs en moyenne.



Dérivation bilio-pancréatique

Chirurgie de restriction et de malabsorption : non pratiquée au CHIC

Critères de choix entre sleeve et by-pass

Sleeve gastrectomy et bypass gastrique donnent des résultats assez similaires en termes de perte de poids et d'amélioration des comorbidités. Actuellement, il n'existe pas d'indications strictes pour réaliser une intervention plutôt que l'autre. Le choix est fait au cas par cas en concertation avec les patients

Contre-indications à la chirurgie (CI)

Dans tous les cas, la validation chirurgicale éventuelle ne se fera qu'au terme du parcours de soin et après concertation multi-disciplinaire (délai minimum 6 Mois)

CI essentiellement d'ordre :

- psychiatrique, dépendances (alcool, toxicomanie,...), troubles cognitifs sévères,
- Doute sur observance et compliance au suivi à long terme
- Maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme
- Contre-indication à l'anesthésie générale

L'âge (>60 ans) ne constitue pas une contre-indication en soi mais nécessitera une évaluation approfondie au cas par cas.

Les patients mineurs (<18 ans) peuvent bénéficier de ce type de chirurgie dans des cas très sélectionnés. La prise en charge doit se faire par des pédiatres spécialisés dans des centres de référence.

Risques et effets secondaires

- Mortalité liée à la chirurgie $\leq 1\%$.
- Complications post opératoires chirurgicales (sténose au niveau de l'anastomose, ulcères, occlusions, fuites, RGO, hémorragies, vomissements...)
- Potentielles complications et difficultés au quotidien (pouvant survenir parfois plusieurs années après la chirurgie) : vomissements, reflux gastriques, dumpings syndromes et hypoglycémies, douleurs abdominales parfois invalidantes
- Carences nutritionnelles pouvant avoir des conséquences graves (anémie, troubles neurologiques, malformations fœtales, ...).
- Tentatives de suicides, dépressions graves, troubles addictifs.

LA CHIRURGIE

Comment se déroule l'intervention ?

Le patient est hospitalisé la veille de l'intervention dans le service de chirurgie digestive.

L'intervention dure en moyenne 1h pour la sleeve et 1h30 pour le by-pass. Elle se fait par laparoscopie. Le patient est informé du risque de conversion en laparotomie en cas de problèmes.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 4 ou 5 jours.

En cas de diabète, les traitements sont réadaptés avant la sortie.

Un arrêt de travail de 3 semaines est délivré.

Des complications chirurgicales rares et précoces telles que des fistules, des occlusions peuvent nécessiter des réinterventions.

Les principales complications médicales sont l'embolie pulmonaire et la défaillance cardio-pulmonaire.



SUIVI POST-OPÉRATOIRE

1

Le premier mois postopératoire

Dès le premier mois, le patient peut perdre rapidement du poids, permettant une amélioration des comorbidités telles que le diabète, la hypertension artérielle.

- Le diabète : il doit être surveillé de près par des auto-surveillances glycémiques rapprochées. Souvent, les sulfamides hypoglycémisants doivent être arrêtés en raison des hypoglycémies, l'insuline fortement diminuée. Les analogues du GLP-1 et les inhibiteurs de DPP-4 suspendus.
- L'HTA : Le traitement diurétique peut être arrêté en premier lieu.
- La prescription d'acide ursodésoxycholique durant la période initiale de perte de poids vise à prévenir le risque de lithiase biliaire (en l'absence d'antécédent de cholécystectomie).
- Les 1ers mois tous les patients bénéficient d'un traitement par IPP. Les AINS sont contre-indiqués.

2

La survenue d'une complication chirurgicale

Le tableau peut être typique mais le patient est souvent pauci symptomatique et les symptômes peuvent faire évoquer à tort une complication médicale.

Une complication chirurgicale est suspectée devant :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| - Tachycardie >120/mn | - Douleur dorsale, pesanteur pelvienne |
| - Fièvre ou fébricule | - Hoquet |
| - Polypnée et/ou gêne respiratoire | - Sensation de malaise intense récent |
| - Douleur abdominale post-prandiale | - Hématémèse et méléna |
| - Vomissements, dysphagie | |

3

Le suivi après l'intervention est indispensable, pour :

- surveiller l'état nutritionnel : dépistage d'une dénutrition protéique, perte de masse maigre
- dépister d'éventuelles carences qui peuvent survenir des années après la chirurgie et se manifester par des troubles neurologiques, hématologiques, ...
- adapter les traitements (anti-diabétiques, anti-hypertenseurs, appareillage du syndrome d'apnée du sommeil, ...)
- rechercher des dumping syndrome ou autres malaises hypoglycémiques. Ils surviennent généralement après 6 à 12 mois mais peuvent être plus précoces. Une prescription de lecteur glycémique est appropriée au moment des symptômes pour faire le diagnostic.
- éviter une reprise pondérale dans les années suivant l'intervention,
- rechercher des complications de la chirurgie pouvant survenir à distance de l'intervention,
- rechercher des difficultés psychologiques, relationnelles secondaires aux changements entraînés par la chirurgie,
- préparer une grossesse,
- envisager une chirurgie reconstructrice

4

Suivi psychologique attentif

- Afin de gérer la difficulté possible à appréhender la nouvelle image corporelle (faux espoirs, déception du nouveau corps, persistance d'une mauvaise estime de soi, augmentation de la fragilité psychologique ...)
- **Risque majoré de décompensation psychiatrique et de tentatives de suicides, à surveiller.**

5

Suivi diététique et évolution de l'alimentation

La première année plusieurs rencontres avec la diététicienne sont prévues :

- Un mois après l'intervention
- Six mois après l'intervention
- Un an après l'intervention

Lors de ces rendez-vous, la diététicienne évaluera la répartition et la structure des repas, les apports nutritionnels, l'environnement des prises alimentaires...

C'est le moment privilégié pour réfléchir aux difficultés à gérer les tentations alimentaires et problèmes qui peuvent réapparaître.

Un suivi annuel est ensuite recommandé

Les conseils d'équilibre alimentaire, mis en place avant l'intervention, sont toujours d'actualité.

Néanmoins, la modification d'anatomie nécessitera de revoir le mode d'alimentation :

- **fractionnement en 5 à 6 prises** espacées de 3 heures avec un **aliment protidique** à chaque fois (viande, poisson, œuf, yaourt, fromage blanc, suisse)
- manger dans le calme et lentement.
- Les boissons seront prises à distance des repas et collations par petites gorgées.

Avec le temps, les quantités consommées augmenteront au fur et à mesure que l'estomac retrouvera sa souplesse en cicatrisant.

Par ailleurs, il existe des complications spécifiques pouvant apparaître parfois plusieurs années après l'intervention :

- dumping syndromes : malaises avec douleurs abdominales pouvant apparaître après la consommation d'un aliment hyperosmolaire
- hypoglycémies post prandiales tardives : parfois sévères et nécessitant au minimum un fractionnement glucidique et un suivi spécialisé.



6

La grossesse après une chirurgie bariatrique ?

Il est possible de mener une grossesse après une chirurgie bariatrique. Néanmoins, il est préférable d'attendre la stabilisation du poids, soit en général **12 à 18 mois après l'intervention**. Une contraception est donc recommandée en pré-opératoire et durant cette période. **Le projet de grossesse doit être préparé** avec le médecin nutritionniste (notamment par la réalisation d'un bilan nutritionnel et carenciel). Le dépistage du diabète gestationnel et les suppléments vitaminiques doivent être adaptés (cf. protocoles)

7

La chirurgie reconstructrice

Une perte de poids importante peut s'associer à des problèmes esthétiques liés à un « excès » de peau notamment au niveau du ventre, des bras, des cuisses et des seins.

Si « l'excès de peau » est important, une chirurgie de reconstruction par un chirurgien plasticien peut être envisagée mais uniquement après stabilisation pondérale.

Les consultations de chirurgie plastique ont lieu à l'hôpital Henri Mondor.

La chirurgie peut avoir lieu à l'Hôpital Intercommunal de Créteil ou à l'Hôpital Henri Mondor.

La prise en charge par la Sécurité Sociale n'est pas systématique. Elle est soumise à une entente préalable.





...PAS UN
CHOIX DE
VIE



CEUX QUI
EN SOUFFRENT
MÉRITENT D'ÊTRE
SOIGNÉS
PAS DE JUGEMENT.

L'OBESITÉ
EST UNE
MALADIE

Photo issue du Spot vidéo des Journées
Européennes de l'Obésité - mai 2016

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

Hémorragies intra-péritonéales/ intra luminales

Occlusion haute (sténose anastomotique/migration anneau)/ du grêle (hernie interne/éventration 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 aiguë :

- 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 Cernevit
- 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 spécialisé.

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-duodéal): 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)

NUMÉROS UTILES

Pour nous adresser un patient, pour
une première consultation avec un
chirurgien ou un médecin
nutritionniste endocrinologue :

CHIRURGIE BARIATRIQUE

Dr LAZZATI Andrea
andrea.lazzati@chicreteil.fr
DECT : 8121

Dr BONAVENTURE Thomas
thomas.bonaventure@chicreteil.fr
DECT : 8145

CONSULTATION ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION

Dr COURBEBASSE Blandine
blandine.courbebaisse@chicreteil.fr
DECT: 8607 (mardi et jeudi)

Dr PEDRO Leonor
leonor.pedro@chicreteil.fr
DECT 8665 (lundi, mercredi et vendredi)

HOPITAL DE JOUR NUTRITION et OBESITE

Mme DEMA Corinne
corinne.demea@chicreteil.fr
Infirmière de coordination
01 57 02 22 76
FAX: 2179 (01 57 02 21 79)

Mme ARTERO Odette
odette.artero@chicreteil.fr
Cadre supérieur de santé
01 45 17 59 54
DECT : 8249

SECRETARIAT MEDICAL

Mme EKPINDI Marie Michèle
Secrétariat médical
01 57 02 23 31

NOTRE SITE INTERNET
www.obesite94.fr



CONSULTATION DIETETIQUE

Mme BERNARDON Joëlle
joelle.bernardon@chicreteil.fr
Diététicienne
DECT : 8657

Mme BERTHO Jennifer
jennifer.bertho@chicreteil.fr
Diététicienne
01 45 17 58 17

Mme LE CADRE Mélisande
melisande.lecadre@chicreteil.fr
Diététicienne
01 45 17 58 17

Mme ROMAND Dorothée
Dorothee.Romand@chicreteil.fr
Cadre de santé
01 45 17 58 17

CONSULTATION PSYCHOLOGIE

Mme BEKAERT-MAÏGA Julie
Maiga.bekaert@chicreteil.fr
Psychologue clinicienne
01 57 02 22 76

M. LEBRUN Yann
yann.lebrun@chicreteil.fr
Psychologue clinicien
01 57 02 22 76

CONSULTATION CHIRURGIE RECONSTRUCTRICE

CHU Henri Mondor

TRANSPORTS AMBULATOIRE BARIATRIQUE

SAMU 94

IMAGERIE ADAPTÉE

IRM

Clinique de la Porte Verte - Versailles
01 39 23 13 39
Pas de limite de poids
Haute abdominale < 43cm

Clinique de l'Essonne - Evry
01 69 87 41 41
Pas de limite de poids
Haute abdominale < 42cm

Hôpital Louis Mourier AP-HP - Colombes
01 47 60 64 18
Maximum 150 kg
Hauteur abdominale <40cm

SCANNER

Hôpital Suisse de Paris - Issy les
Moulineaux
01 41 33 11 17
Maximum 300kg
Diamètre abdominal <80cm

Clinique de la Porte Verte - Versailles
01 39 23 13 39
Maximum 204kg

SCINTIGRAPHIE CARDIAQUE

Hôpital Bichat-Claude Bernard AP-HP
Paris
01 40 25 84 12
Maximum 250kg

DISPONIBILITÉ DU MATÉRIEL

✓ **Pèse personne (valide)**

Hôpital de jour obésité ou consultations centralisées : Poids max 250 kg

✓ **Lits** : Tous les lits à hauteur variable supportent un poids de 250 kg

✓ **Tensiomètres électroniques**

Ils peuvent être équipés d'un brassard pour personne obèse

✓ **Scanner** si poids <227kg et hemicirconférence <70cm

✓ **IRM** si poids <160kg et hemicirconférence <60cm

✓ **4 tables d'opération** adaptées

✓ **Brancards** si poids <300kg au bloc opératoire et aux urgences

✓ **Plan d'équipement pluriannuel** à l'étude par la
DSEL



Prise en charge de l'obésité adulte et chirurgie bariatrique au CHIC

-

Livret d'information à destination du personnel médical