



Prise en charge multidisciplinaire de l'Obésité sévère



Le chemin clinique pré et post-opératoire

Aurélia Vignot, Infirmière - Odile Goulé, Infirmière - Laurence Pitard, Cadre de santé

Service d'Hépatogastroentérologie et Nutrition (Pr Sylvie Naveau) Hôpital Antoine-Béclère, Clamart

Chemin clinique de prise en charge pré-chirurgicale de l'obésité sévère

1^{ère} visite Consultation (CS) Chirurgien ↔ consultation Endocrino-Nutrition

1^{er} mois Hôpital de Jour

Bilan sanguin, Calorimétrie indirecte
Echographie abdominale
CS Diététicienne et Education thérapeutique (1^{ère})
CS Psychologue (1^{ère})
CS Endocrino-Nutrition
Questionnaire évaluation des troubles respiratoires du sommeil

2^{ème} mois Gastroskopie avec recherche d'Helicobacter Pylori (HP)
Evaluation des troubles respiratoires du sommeil
CS Psychiatre (1^{ère})

3^{ème} mois Transit œsogastroduodénal (TOGD)
CS Diététicienne et Education thérapeutique (2^{ème})

4^{ème} mois (avec résultats TOGD, Gastroskopie et HP. Entente préalable)
CS Chirurgien
CS Psychologue (2^{ème})

RCPO

6^{ème} mois CS Chirurgien
(Date intervention, papiers admission, consentement,
bas de contention, ordonnances pour le bilan sanguin
à 3 semaines, Fibroscan et TDM post-opératoire)

**3 semaines
avant l'intervention** Bilan sanguin
Atelier diététique pré-opératoire (3^{ème})

**15 jours
avant l'intervention** CS Anesthésiste
Fibroscan

Intervention Chirurgicale

Chemin clinique de prise en charge post-chirurgicale de l'obésité sévère

15 jours Consultation (CS) Diététicienne et Education thérapeutique

1^{er} mois CS Chirurgien

2^{ème} mois Atelier de diététique

Hôpital de Jour

3^{ème} mois Bilan sanguin
CS Diététicienne et Education thérapeutique
CS Psychologue
CS Endocrino-Nutrition
Transit œsogastroduodénal (TOGD)
Prise de rendez-vous pour évaluation
des troubles respiratoires du sommeil
à 6 mois si Syndrome d'apnée du sommeil (SAS) appareillé

4^{ème} mois CS Chirurgien

6^{ème} mois CS Chirurgien
CS Endocrino-Nutrition
Atelier de diététique

9^{ème} mois CS Endocrino-Nutrition
CS Diététicienne et Education thérapeutique

Hôpital de Jour

1 an Bilan sanguin
Bilan nutritionnel, Calorimétrie indirecte
Echographie abdominale
CS Diététicienne et Education thérapeutique
CS Psychologue
Scanner sans injection
+/- Fibroscan

1 an CS Chirurgien

Suivi post-opératoire à vie

CS Endocrino-Nutrition
CS Diététicienne et Education thérapeutique
une à 2 fois par an

Hôpital de jour une fois par an

Bilan biologique, métabolique et nutritionnel
Calorimétrie indirecte
Echographie abdominale
CS Diététicienne et Education thérapeutique et CS Psychologue
Scanner sans injection pour mesure de la masse musculaire abdominale
Fibroscan

**A 2 ans si besoin chirurgie
réparatrice**

LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

Cathy Le Gallo, Aude Zeroual, Claire-Lyse Lahcene, Corinne Maraninchi Charles, Service de diététique, Hôpital Antoine Bécclère



« ... Un parcours avec des inquiétudes, des doutes mais beaucoup d'écoute... j'ai compris mon obésité... ».

DOTER CHAQUE PERSONNE DE COMPETENCES D'AUTO-SOINS.

- Accompagner la personne pour acquérir de nouvelles compétences psycho sociales: image corporelle, affirmation de soi, estime de soi, schéma corporel, relations sociales et familiales.
- Aider à comprendre les mécanismes de l'intervention et les contraintes de vie.

1ère PERIODE DIAGNOSTIQUE DIETETIQUE

EVALUATION INITIALE ET RECUEIL DES DONNEES

- Histoire pondérale, régimes suivis
- Comportement alimentaire : qualité, quantité, manières de table, sensations alimentaires(faim, satiété), organisation des courses, de la cuisine, idées reçues et croyances alimentaires
- Contexte psychosocial
- Activité physique



«... Une renaissance, un renouveau...»

PAS DE NOUVEAU REGIME PRESCRIT

- Changement des comportements alimentaires et des manières de table afin de les adapter à la chirurgie bariatrique.
- Travail sur les croyances et les représentations alimentaires.

2ème PERIODE PER OPERATOIRE

- Accompagner la personne dans la phase de réalimentation pendant l'hospitalisation selon les prescriptions du chirurgien et le protocole de réalimentation validé.
- Préparation du patient à la sortie et planification du suivi paramédical.



Une diététicienne vous accompagne
tout au long de votre parcours

PROTOCOLE DE REALIMENTATION

J0 et J1: A jeun
J +2: scanner de contrôle.
Eau fractionnée à température ambiante.
J+3: Boissons et desserts lisses, fractionnés (BYC)
J+4: Alimentation mixée lisse et fractionnée.
Sortie à J+3 ou J+4.

RETOUR AU DOMICILE

- Alimentation mixée et fractionnée pendant une semaine.
- Puis, évolution progressive vers une texture normale sur 10 à 15 jours, fractionnée et choix de fibres permettant un confort digestif.
- Alimentation qualitativement normale au bout d'un mois environ fractionnée.

SUIVI NUTRITIONNEL POST-OP

- RV à 1 et 2 mois après la sortie,
- à 3 mois (HDJ).
- Puis, fonction du patient, des difficultés rencontrées, à 6, 9 mois et au 1 an lors d'un nouvel HDJ
- Ensuite, tous les 4, 6 mois et tous les ans lors de l'HDJ "annuel afin d':
- évaluer la tolérance alimentaire.
- optimiser les apports nutritionnels et hydriques.
- adapter les nouvelles manières de table et évaluer les difficultés rencontrées (organisation, réactions positives ou négatives de l'entourage familial et social.

« ... C'est une épreuve longue et difficile mais l'équipe m'a permis d'aborder toutes les étapes de façon sereine... ».



Professeur Sylvie Naveau ,Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition



Apports caloriques- dépenses énergétiques = variation pondérale

APPORTS CALORIQUES

DEPENSES ENERGETIQUES

Aliments (100 grammes)	Nombre de Kcalories consommées
Croissant (unité) 	180
Pain blanc 	255
Brioche 	386
Pizza (Jambon-fromage) 	216
Quiche Lorraine 	434

Charcuterie 	400
Oeuf dur 	73
Blanc de poulet 	161
Filet de boeuf 	156
Poisson maigre 	80
Big mag (unité) 	510
Frites 	400

Riz blanc 	90
Pâtes 	90
Haricots verts 	25
Endives 	16
Camembert 	312
Cantal 	386
Yaourth nature 	55

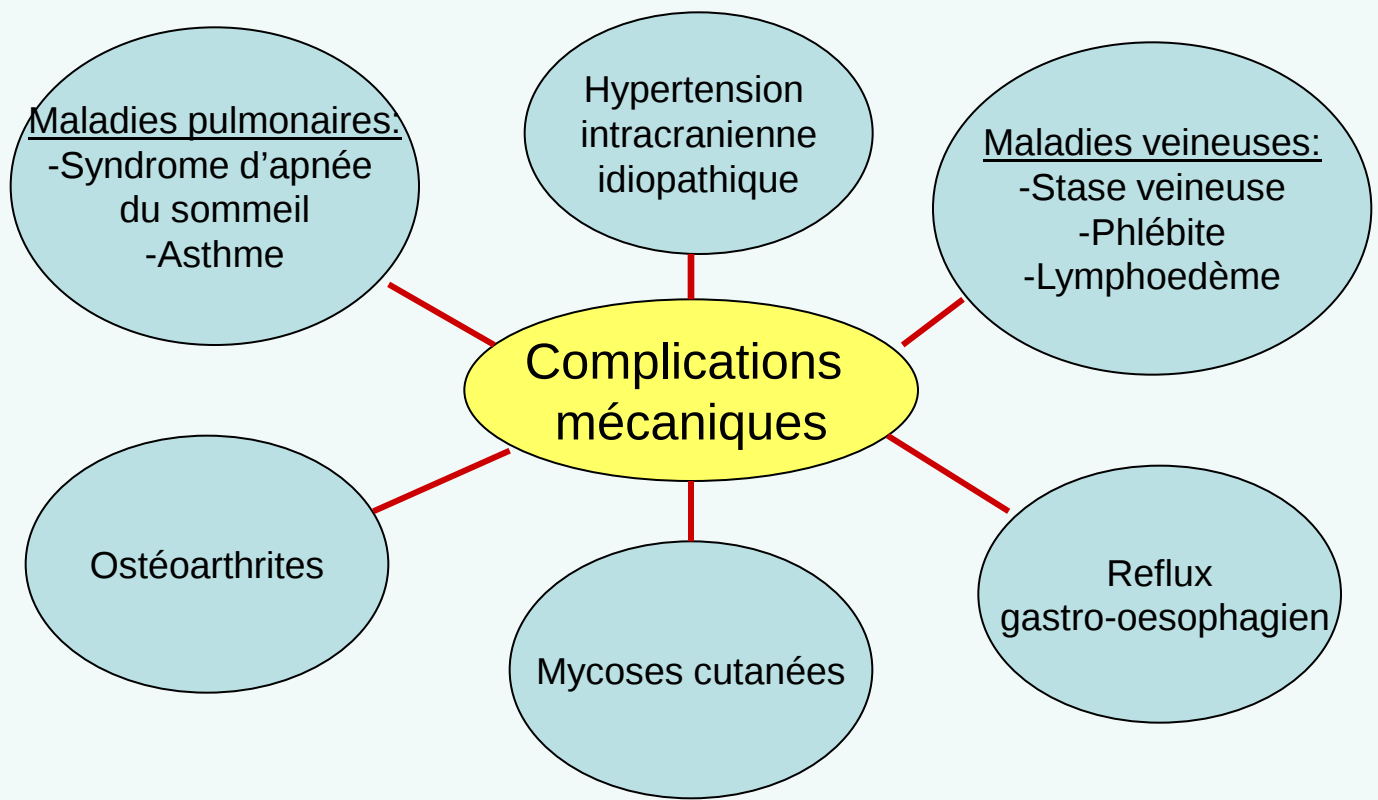
Gâteau au chocolat 	403
Tarte aux fraises 	236
Verre de vin rouge 	75
Verre de vin blanc 	75
Coca Cola (330ml) 	145
Jus d'orange (150ml) 	90

Activités (1heure)	Kcalories dépensées
Dormir	43
Lire	70
Faire la cuisine	176
Faire le ménage	259
Faire la vaisselle	196

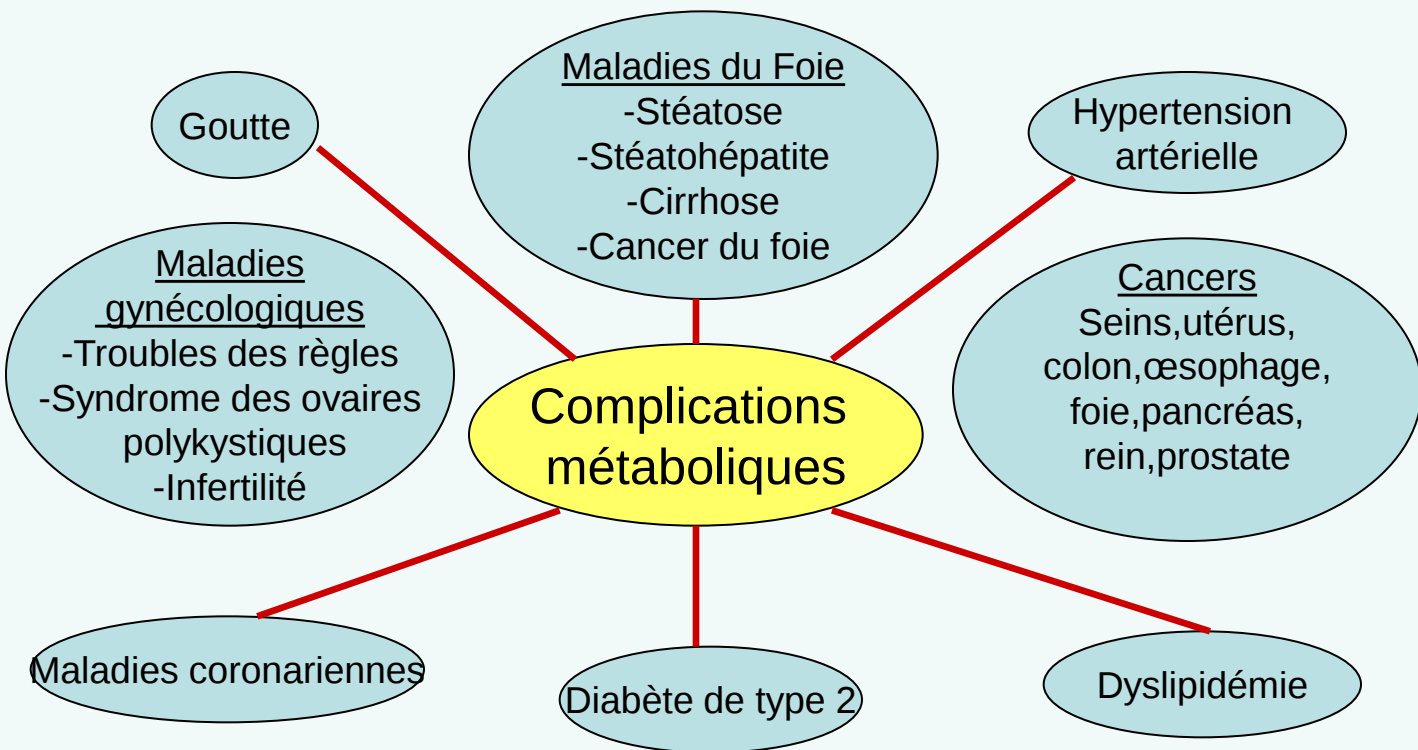
Faire du repassage	196
Faire les courses avec un chariot	176
Travail de bureau (léger)	106
Travailler sur l'ordinateur	96
Regarder la télé	80
Promener le chien	211

Jardinage	352
Tondre la pelouse avec une tondeuse mécanique	333
Ramassage des feuilles mortes	333
Jouer du piano	176
Natation (général)	445
Tennis	519
Marche (6 km/h)	333
Course à pieds (8km/h)	667
Course à pieds (10,8km/h)	815
Course à pieds (12km/h)	926
Vélo entre 19 et 22 km/h	593
Vélo entre 22 et 25 km/h	741





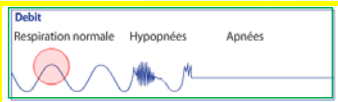
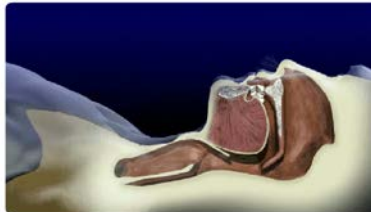
LES PRINCIPALES COMPLICATIONS DE L'OBESITE



Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS)

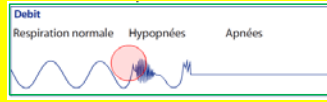
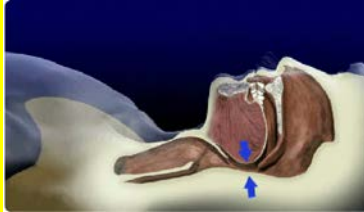
- Le Syndrome d'Apnées du Sommeil est une maladie au cours de laquelle on observe des diminutions (hypopnées) ou des arrêts (apnées) de la respiration pendant le sommeil.
- Ces arrêts qui durent 10 à 60 secondes peuvent se reproduire des centaines de fois par nuit.
- Ils sont dus le plus souvent à un blocage au passage de l'air dans les voies aériennes supérieures.

Respiration normale



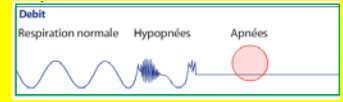
POLYGRAPHIE RESPIRATOIRE

Hypopnée + ronflement



POLYGRAPHIE RESPIRATOIRE

Apnée obstructive



POLYGRAPHIE RESPIRATOIRE

Fermeture trop facile des voies aériennes supérieures de multiples origines

- Rétrécissement anatomique
- Relâchement des muscles
- Anomalie du contrôle nerveux
- Inflammation

Les facteurs de risque et/ou aggravants

- Surpoids
- Prise d'alcool
- Certains médicaments sédatifs
- Certains conformations crano-faciales
- Hérédité : risque augmenté en cas de parent proche atteint

DIAGNOSTIC

Fréquence du SAOS



- il touche 1 sujet sur 20 chez l'adulte
- plus fréquent chez l'obèse: +10kg = risque x 2

Les symptômes du SAS

- Ronflements presque toutes les nuits.
- Sensation de ne pas être reposé au réveil le matin.
- Somnolence ou « coups de barre » dans la journée : vous piquez du nez, vous êtes gêné au volant...

Evaluer la somnolence de votre patient
Questionnaire Epworth

- Maux de tête au réveil.
- Plus de 2 levers par nuit.
- Troubles de la sexualité, de l'humeur, de la mémoire ou de l'attention.

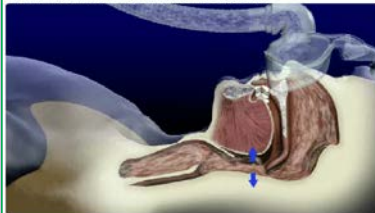
Evaluer la probabilité de SAS chez votre patient
Questionnaire de Berlin

Enregistrement du sommeil: POLYSOMNOGRAPHIE (PSG)



TRAITEMENT

Le traitement par PPC est le traitement de référence. La pression Positive Continue (PPC ou CPAP en anglais) a pour but de maintenir les voies aériennes ouvertes en insufflant de l'air sous une faible pression. Vous continuez à respirer spontanément. La machine n'est pas un respirateur qui se substitue à votre respiration. Elle stabilise le diamètre des voies aériennes supérieures.



OAM

L'orthèse d'avancée mandibulaire est un appareil dentaire qui se place la nuit sur les dents pour avancer la mâchoire inférieure et libérer de la place dans les voies aériennes supérieures en avançant la langue vers l'avant.

Sans OAM



Avec OAM



OAM



Hygiène de vie

Il n'y a pas actuellement de médicament actif sur cette maladie

- diététique : perte de poids en cas d'obésité ou de surpoids (80% des SAS environ).
- Traitement positionnel si les apnées se produisent uniquement sur le dos (on peut utiliser pour cela une balle de tennis cousue dans une poche ajoutée dans le dos de la veste de pyjama).



Chirurgie

- La chirurgie du voile du palais et des amygdales peut-être proposée en cas de grosses amygdales ou de voile du palais trop épais.
- La chirurgie d'avancée maxillo-mandibulaire peut-être proposée en cas d'anomalies maxillo faciales importantes.



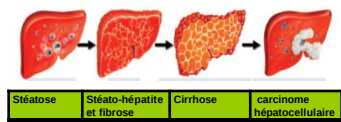
Centre de Médecine du Sommeil, Hôpital Antoine Béchère

TE: 0145374640

<http://www.centre-sommeil.fr>

Professeur Sylvie Naveau, Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition

L'obésité sévère et en particulier l'obésité abdominale liée à une augmentation de la graisse viscérale est impliquée dans le développement des hépatopathies stéatosiques non alcooliques (HSNA). Les lésions histologiques des HSNA vont de la simple stéatose à la stéato-hépatite (NASH) avec fibrose pouvant progresser vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire.



Définition

- La stéatose: est un dépôt de graisse dans les cellules du foie. C'est la première lésion qui apparaît
- La stéato-hépatite ou NASH associée à la graisse dans le foie une hépatite c'est-à-dire une inflammation qui va entraîner une souffrance des cellules du foie et leur destruction.
- La fibrose est une lésion cicatricielle qui apparaît après destruction des cellules du foie. Lorsqu'il y a beaucoup de fibrose il y a une cirrhose.
- Le carcinome hépatocellulaire est le cancer primitif du foie



L'échographie du foie

L'échographie hépatique est un examen de dépistage simple bien toléré et peu coûteux pour mettre en évidence une stéatose.

Les résultats de la prise de sang permet le calcul de plusieurs scores permettant de prédire la présence des diverses lésions

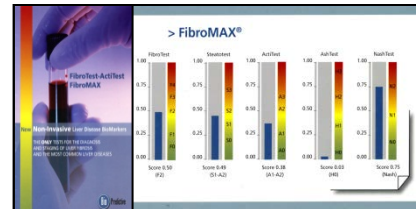
Le dépistage

La majorité des patients sont asymptomatiques

Le dépistage repose sur des examens simples et indolores:

une échographie
une simple prise de sang
et un fibroscan

FibroMAX®



FIBROMETRE S® Pour prédire la présence d'une fibrose sévère



glycémie
ASAT
ALAT
Ferritine
Plaquettes
Poids
Age

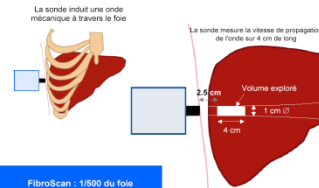
Calès p et al J Hepatol 2009;50:165-172

Le FIBROSCAN® pour mesurer la fibrose et CAP pour mesurer la stéatose

FIBROSCAN®



FIBROSCAN®: Elastométrie impulsionnelle mesure l'élasticité hépatique

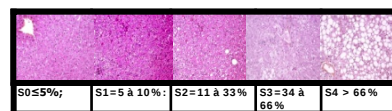


CAP, un outil non invasif pour l'évaluation et la quantification de la stéatose



Le CAP™ est une mesure de l'atténuation ultrasonore. Celle-ci correspond à la décroissance de l'amplitude des ondes ultrasonores au fur et à mesure qu'elles se propagent dans le foie.

- Le CAP™ et l'élasticité hépatique sont mesurés simultanément dans le même volume hépatique
- Le CAP™ est mesuré à l'aide de la sonde M, à une fréquence de 3,5 MHz, à une profondeur comprise entre 25 et 65 mm
- Le CAP™ est exprimé en décibels par mètre (dB/m)



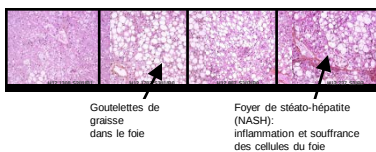
Mesure de la graisse viscérale



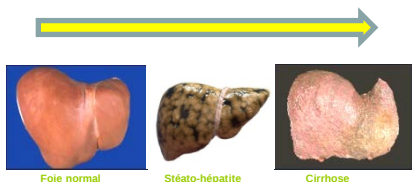
- La hauteur abdominale, mesurée par le compas de Holtain-Khan permet d'apprécier simplement le volume de la graisse viscérale.
- La graisse viscérale est la graisse qui entoure les viscères de l'abdomen

Prévalence

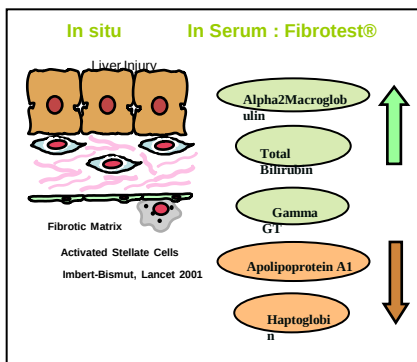
Dans notre série 85% avaient une HSNA, 33% avaient une NASH, 72% avaient une fibrose, 50% avaient un stade 1, 13% avaient un stade 2 et 9% avaient un stade 3. (Naveau S et al, Obes surg)



Evolution



- Le Fibrotest® et le Fibromètre® et le NAFLD Fibrosis score pour prédire le degré de fibrose
- L'Actitest®, le Nashtest® et le Nashscore pour prédire la présence d'une stéato-hépatite (NASH)
- Le Stéatotest® pour prédire la présence d'une stéatose
- Le Nash score et le NAFLD Fibrosis score



FibroTest	Estimate of Fibrosis Stage	ActiTest	Estimate of Activity Grade
0.75-1.00	F4		
0.73-0.74	F3-F4	0.63-1.00	A3
0.59-0.72	F3	0.61-0.62	A2-A3
0.49-0.58	F2	0.53-0.60	A2
0.32-0.48	F1-F2	0.37-0.52	A1-A2
0.28-0.31	F1	0.30-0.36	A1
0.22-0.27	F0-F1	0.18-0.29	A0-A1
0.00-0.21	F0	0.00-0.17	A0

La prise en charge des enfants et adolescents obèses

Service d'Endocrinologie Pédiatrique et Service de Médecine des Adolescents, Hôpital Bicêtre
Service de Chirurgie Viscérale Mini-Invasive, Hôpital Antoine Bécère



La consultation: pour la première évaluation et le suivi

L'hôpital de jour: pour le bilan métabolique et nutritionnel

L'hospitalisation classique: pour la prise en charge des pathologies associées

Les professionnels de santé

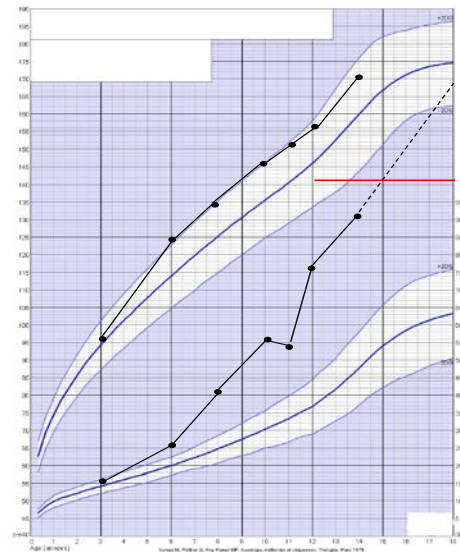
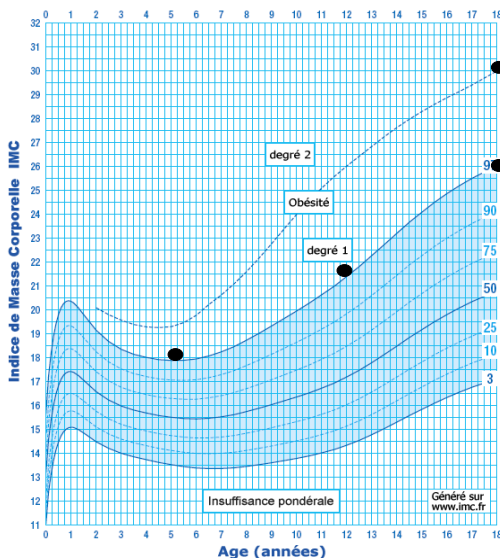
Pédiatre endocrinologue
Chirurgien
Médecin du sommeil
Endocrinologue nutritionniste
Infirmière
Diététicienne
Psychologue

Sévérité de l'obésité: attention,
L'IMC varie avec l'âge

Prise en charge chirurgicale

Le patient type:

90 kg à 14 ans, 130 kg à 17 ans



La prise en charge des pathologies associées:

Hypertension artérielle

Anomalies du glucose

Anomalies des lipides

Atteinte hépatique

Pathologies orthopédiques

Diminution de la qualité de vie

Infos: gianpaolo.defilippo@bct.aphp.fr

Traitement de l'obésité sévère par mise en place d'un ballon intergastrique

Dr Axel Balian

Service d'Hépatogastroentérologie et nutrition (Pr Sylvie Naveau)
Hôpital Antoine-Bécère

L'obésité et l'indice de masse corporelle (IMC)

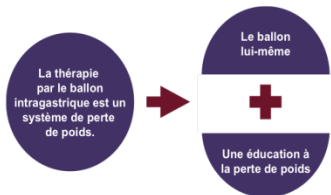
L'IMC est un nombre qui met en rapport votre taille et votre poids et qui représente une mesure globale de l'obésité.

Catégories	IMC (Kg/m ²)
Poids normal	18 à 24,9
Surcharge pondérale	25 à 29,9
Obésité	30 à 34,9
Obésité sévère	35 à 39,9
Obésité morbide	≥ 40

Les approches non chirurgicales de traitement de l'obésité

- Régime alimentaire et activité physique
- Changement du comportement et programmes d'amaigrissement
- Médicaments et coupe-faim
- Hypnose, ligature des mâchoires, conseil en psychologie
- La thérapie par ballon intragastrique

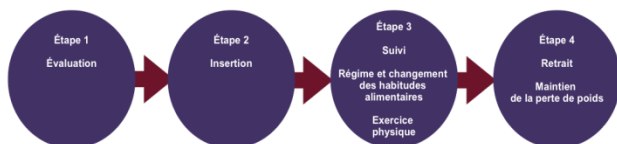
Traitement de l'obésité à l'aide d'un ballon intragastrique une option entre les régimes et le traitement chirurgical



Qui peut bénéficier de ce traitement ?

Des adultes en échec d'une prise en charge diététique bien conduite et ayant un IMC ≥ 35 associé à des comorbidités. (Les autres indications sont discutées en fonction du rapport bénéfices / risques)

La procédure



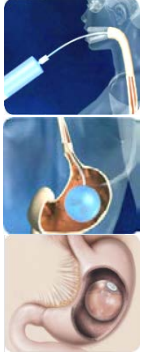
La mise en place du ballon

Le ballon dégonflé est inséré dans votre estomac par la voie buccale.

Cette procédure n'est PAS chirurgicale. C'est une procédure relativement rapide, généralement effectuée sous sédation, avec ou sans anesthésie générale.

Une fois le ballon mis en place, il est gonflé de solution saline afin de produire une sensation de satiété.

Le ballon reste dans l'estomac pour une période de six mois.



Le suivi de la procédure

Jour de l'intervention : le patient reste en observation à l'hôpital.

Les premiers jours : le patient peut ressentir un certain inconfort : nausées, crampes, vomissements. Un régime liquide lui est prescrit.

Semaine 2 : le patient commence la transition vers un régime solide. Il rend visite à l'équipe médicale pour élaborer un programme révisé de nutrition et d'exercice physique.

Les six mois qui suivent

Des rencontres régulières avec l'équipe médicale permettent de poursuivre la formation et l'assistance sur les nouvelles habitudes alimentaires et activités physiques.

Le ballon permet d'ajuster la réduction de l'apport calorique en produisant une sensation de satiété.

La période de six mois permet au patient de s'adapter aux nouveaux principes et de développer les bases d'un succès durable.

Le retrait du ballon

en moyenne au bout de 6 mois.

Le retrait du ballon s'effectue par une procédure similaire que la mise en place. L'anesthésie est nécessaire (intubation-ventilation). Un tube est introduit par la voie buccale jusque dans votre estomac et dégonfle le ballon. Une fois dégonflé, le ballon est retiré par votre bouche.



La vie après le retrait du ballon

Retrait du ballon après six mois

Maintien de l'application des principes

Maintien des rencontres régulières avec l'équipe médicale

Nutrition, équilibre, exercice physique

La motivation reste la clé du succès !

Conclusion

Les bénéfices de la thérapie par Ballon intragastrique

Aucune chirurgie n'est requise.

Pas d'utilisation à long terme de produits médicamenteux.

La sensation de satiété a plus de chance de réussir que les autres programmes.

Le programme est personnalisé pour s'adapter à vos besoins.

L'équipe vous apporte un soutien médical et diététique.

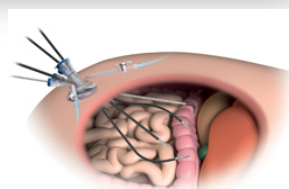
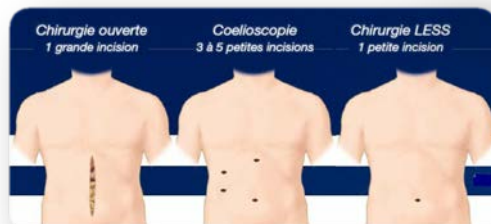
Les principes d'un succès durable sont établis et soutenus par une prise en charge éducative.

Sleeve gastrectomie par trocart unique

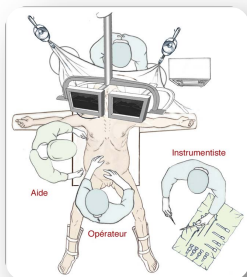
I.Dagher, G.Pourcher, S.Ferretti, H.Tranchart, N.Devaquet.



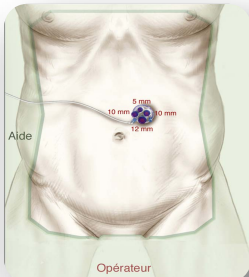
La sleeve gastrectomie par laparoscopie est aujourd'hui la première procédure de chirurgie bariatrique en France. Elle permet de contrôler la maladie obésité de façon stable, durable par une intervention relativement simple avec peu de complications. Cette technique chirurgicale est restrictive mais a également un effet endocrine. La chirurgie laparoscopique par abord unique ou laparoendoscopique single site surgery est une évolution naturelle de la chirurgie laparoscopique classique. L'intérêt de cette technique est surtout d'utiliser la future incision d'extraction de la pièce chirurgicale pour introduire les instruments opérateurs. Le bénéfice esthétique est certain. D'autres bénéfices sur la douleur postopératoire, les complications pariétales, la durée d'hospitalisation ou la reprise d'activité sont également évoqués. La sleeve gastrectomie par trocart unique est actuellement réalisée en pratique courante dans notre service. Les indications à la chirurgie bariatrique sont posées selon les recommandations HAS (35<IMC<40 avec des comorbidités ou IMC >40).



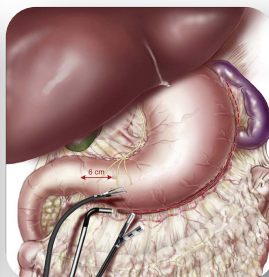
Technique chirurgicale



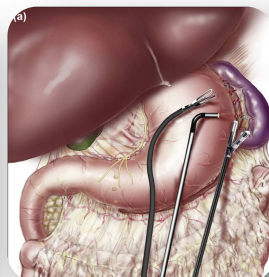
1. Installation du patient et disposition de l'équipe



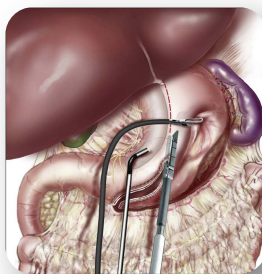
2. Disposition du trocart unique



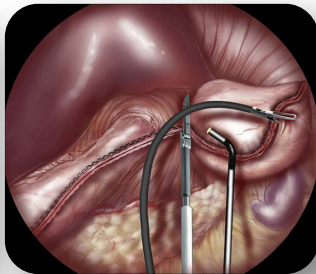
3. Section du ligament gastrocolique au ras de la grande courbure



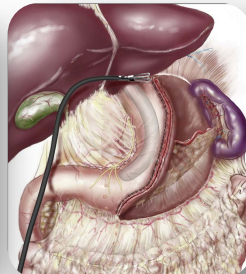
4. Section des vaisseaux courts et dissection de l'angle de His



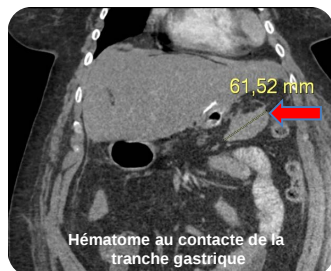
5. Agrafage de l'estomac



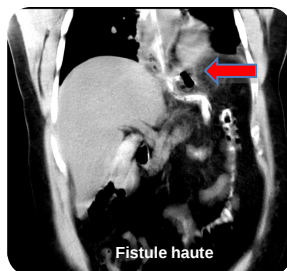
6. Fin de l'agrafage



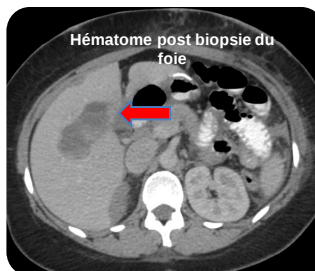
7. Extraction de la pièce et fermeture



Hématome au contact de la tranche gastrique



Fistule haute



Hématome post biopsie du foie

Contrôle Post-Opératoire

Un scanner abdominal est réalisé systématiquement au deuxième jour après sleeve gastrectomie. Le scanner est réalisé avec opacification digestive haute et une injection intraveineuse de produit de contraste. Il permet de dépister précocement les complications postopératoires (fistule, hématome intra-abdominal, abcès, complication pariétale, etc...). S'il est normal une réalimentation progressive et une sortie rapide sont prévus.

En cas de complication, cet examen permet une prise en charge rapide et efficace comportant parfois un traitement endoscopique seul et dans d'autres cas une reprise laparoscopique pour un drainage et lavage.

Prise en charge de la grossesse

Dr AG Cordier, Dr V Gallot, Pr A Benachi. Service de Gynécologie
Obstétrique,
Hôpital Antoine-Bécclère, Clamart.

AVANT TOUTE GROSSESSE, consultation préconceptionnelle

INFORMATION sur les COMPLICATIONS OBSTETRIQUES de l'obésité



REDUCTION DES RISQUES

PEC MEDICALE

(régime, soutien, activité)

PEC CHIRURGICALE

(chir bariatrique)

Contre Indication à la GROSSESSE DANS L'ANNEE SUIVANT LA
CHIRURGIE

Dès que grossesse « médicalement » possible, consultation
préconceptionnelle/consultation infertilité si besoin

SUIVI DE GROSSESSE, CHEMIN CLINIQUE

1^{er} Trimestre

Clinique : Tension Artérielle
Biologique : glycémie à jeun, HbA1c, cholestérol, TG
Consultation diététique
Echographie de datation puis T1 de qualité
Consultation d'obstétrique

18 SA

Echographie de référence
Consultation d'obstétrique

5^{ème} mois

Echographie de référence T2
Consultation d'obstétrique

6^{ème} mois

Test OMS
Consultation d'obstétrique

28 SA

Echographie de référence

7^{ème} mois

Echographie de référence
Consultation d'obstétrique

8^{ème} mois

Consultation d'obstétrique
Discussion de la voie d'accouchement
IMC > 50 = CESARIENNE

Suites de couches

Prévention des risques thromboemboliques
Bas de contention
Anti coagulation préventive 4-6 semaines



Vincent HUNSINGER, chirurgie plastique – Hôpital Béchère (Clamart)



Les **séquelles** liées à l'amaigrissement massif peuvent entacher la qualité de vie des patientes. Leur correction fait appel aux techniques de **chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique** et doit faire l'objet d'une prise en charge spécialisée et personnalisée.

Pré requis

- Perte de poids effective : en général 18 mois post opératoire (sleeve gastrectomy)
- Stabilisation pondérale : 6 mois
- PAS DE TABAGISME ACTIF : multiplie les complications
- Excès essentiellement cutané

Seins

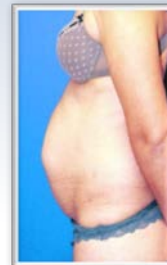
- Le relâchement cutané associé à la perte de volume sont responsables d'une ptose mammaire (sein tombant) avec ou sans déficit de volume.
- Leur correction peut faire appel aux techniques de plastie mammaire et aux prothèses mammaires en gel de silicone dans les cas de perte associée de volume.



Résultat sans prothèse

Tronc

- Les séquelles de l'amaigrissement peuvent se limiter à l'abdomen : tablier abdominal avec ou sans distension de la cavité abdominale,
- Ils peuvent également porter sur les fesses ou les hanches par perte d'élasticité et/ou de volume,
- Les différentes interventions ont pour vocation la remise en tension des tissus et l'amélioration de la silhouette : Plastie abdominale avec transposition de l'ombilic, bodylift, lipofilling des fesses.



Bras, cuisses

- Le relâchement cutané touche principalement la face interne des bras et des cuisses,
- Il peut être corrigé quand il est important au prix de cicatrices d'importance variable selon les patients.

Conclusion :

La chirurgie plastique est efficace pour le traitement des séquelles de l'amaigrissement massif. Le processus de reconstruction est défini par le chirurgien spécialiste au cas par cas à la fin du processus d'amaigrissement.



Prise en charge de l'obésité au sein des établissements des Hôpitaux universitaires Paris-Sud

Hôpital de jour de Nutrition Service d'hépatogastroentérologie et nutrition Hôpital Antoine-Béclère

Chef de service: Pr Gabriel Perlemuter
Infirmière coordinatrice de l'Hôpital de Jour :
01 45 37 48 99 (de 8h30 à 16h00)

Standard de l'Hôpital Antoine-Béclère 24h/24 : 01 45 37 44 44

Accueil du service de 9h30 à 17h00 : 01 45 37 47 84
Secrétariat médical de 8h30 à 17h00 : 01 45 37 43 69
Cadre infirmier: 01 45 37 40 09

Service de Chirurgie Digestive Minimale Invasive Hôpital Antoine-Béclère

Chef de service : Pr Ibrahim Dagher
Accueil du service de Chirurgie : 01 45 37 43 49
Cadre infirmier : 01 45 37 40 07

**Consultations de nutrition, de chirurgie,
entretiens de diététique et de psychologie,
consultation de psychiatrie**
Bureau des Rendez-vous : 01 41 07 95 95

Service d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique Service de Médecine des Adolescents Hôpital Bicêtre

**Centre Spécialisé pour la prise en charge de l'Obésité
de l'enfant et de l'adolescent**

Chef de service : Pr Pierre Bougnères
Responsable : Dr Gianpaolo De Filippo
Courriel : gianpaolo.defilippo@bct.aphp.fr
Secrétariat : 01 45 21 22 07
Courriel : fatima.boubaker@bct.aphp.fr

Bureau des rendez-vous : 01 45 21 78 31
Courriel : consult.endoped@bct.aphp.fr
Hospitalisation
Accueil : 01 45 21 23 14
Courriel : hospi.ado@bct.aphp.fr

Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Antoine-Béclère

Chef de service : Professeur Alexandra Benachi
Secrétariat : 01 45 37 42 92

Consultation d'Obstétrique : Docteur AG Cordier
Tél : 01 45 37 37 47

PMA : Docteur V Gallot
Tél : 01 45 37 40 53

Centre de médecine du sommeil Hôpital Antoine-Béclère

Chef de service : Professeur Pierre Escourrou
Responsable : Docteur Gabriel Roisman

Tél : 01 45 37 46 40