

Dans le premier mois après la chirurgie de l'obésité

Comment adapter les traitements ?

Le premier mois après la chirurgie de l'obésité, quelle que soit la procédure chirurgicale, se caractérise par de grands changements à la fois nutritionnels et métaboliques. En effet, les patients mangent considérablement moins, et boivent beaucoup moins qu'avant l'opération, du fait de la réduction du volume de l'estomac. Il leur est même conseillé de ne pas boire et manger au cours du même repas. Du point de vue métabolique, la correction de la glycémie, les modifications du volume de dilution des drogues, et parfois la pharmacocinétique d'absorption de celles-ci rendent les adaptations posologiques nécessaires. Souvent, le patient n'est revu qu'à la fin du premier mois par le chirurgien et la diététicienne, et seulement au troisième mois par l'endocrinologue/nutritionniste. Le médecin traitant sera donc en première ligne pour adapter les traitements. Voici quelques règles simples pour cette adaptation.

Pr Patrick Ritz, Dr Ana Estrade (CHU de Toulouse)

L'ordonnance simple à la sortie

Le patient qui n'avait pas de comorbidité associée à l'obésité avant l'intervention va sortir du service de chirurgie avec :

- une héparine de bas poids moléculaire, souvent à double dose;
- des antalgiques;
- de l'acide chénodésoxycholique (Delursan®);
- des bas de contention.

En fonction du type de chirurgie, une supplémentation vitaminique pourra être ajoutée.

La surveillance est donc classique du postopératoire digestif.

Si le patient a des comorbidités

Il n'y a pas de recommandation pour la gestion des traitements du diabète et de l'hypertension artérielle. Des règles de bon sens s'appliquent par conséquent.

➔ En cas de diabète

Compte tenu de la très faible consommation alimentaire, le risque est aux hypoglycémies quand il y a un traitement hypoglycémiant. Le patient bien informé mesurera sa glycémie capillaire régulièrement et, en cas de doute, il faut savoir l'aider à le faire. En général, les doses de médicaments

hypoglycémians (sulfamides ou insuline basale) sont considérablement réduites (divisées par 2); le traitement est même parfois interrompu en postopératoire. Il faut être vigilant et vérifier les glycémies capillaires, au cas où le traitement aurait été réduit de façon trop drastique, et que la glycémie soit trop élevée.

En général, la metformine est interrompue dans les trois premiers mois postopératoires. Cela tient compte du risque de déshydratation (le patient boit peu), et de la nécessité de surveiller les douleurs abdominales et les troubles du transit, pour dépister une complication chirurgicale. De même, les analogues du GLP-1 sont interrompus après by-pass gastrique et peuvent être maintenus après une *sleeve gastrectomy*. Les inhibiteurs de la DPP-4 pourraient être conservés compte tenu de leur faible risque d'hypoglycémie, sauf si le patient ne mange pas du tout.

Le plus complexe à gérer est sans doute le schéma insulinaire basal-bolus, pour lequel une chirurgie de l'obésité ne devrait être réalisée que chez un patient très bien éduqué et très bien informé.

La surveillance est donc guidée par des contrôles réguliers de glycémie capillaire.

➔ En cas d'hypertension artérielle

Le risque est celui d'une déshydratation, avec insuffisance rénale fonctionnelle, car le patient boit peu, malgré des besoins hydriques inchangés. Il en est de même si le patient vomit.

Par conséquent, à la sortie du service de chirurgie, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les diurétiques sont interrompus. Il reste les inhibiteurs calciques et les bêtabloquants pour contrôler la tension artérielle. La restriction alimentaire et la restriction sodée vont réduire la tension artérielle. La surveillance de celle-ci est donc fondamentale. Au moindre doute, il faudra mesurer la créatinine plasmatique.

En cas de vomissements répétés, surtout si la perte de poids est rapide, il ne faut pas méconnaître le risque de carence en vitamines B1 (Gayet-Wernicke) et ajouter cette vitamine au moindre doute, en injectable.

➔ Le syndrome des apnées du sommeil

L'appareillage peut être maintenu, si il y avait rémission, elle interviendrait après une perte de poids significative.

Les médicaments à fenêtre thérapeutique étroite

En général, les patients avec immunosuppresseurs ont fait l'objet d'un choix de technique chirurgicale adaptée, de façon à ce qu'il n'y ait pas de risque de variation de concentration. Il en est de même des antivitamines K. Cependant les modifications de l'alimentation peuvent modifier l'INR qui devra être surveillé dans le premier mois. Cela s'applique aussi aux antiépileptiques.

Les hormones thyroïdiennes ne font pas l'objet d'une malabsorption (by-pass gastrique), mais peuvent se complexer soit avec le calcium soit avec le fer (quand ils sont donnés sous forme de supplément). Généralement, sur l'ordonnance de sortie, les hormones et les oligo-éléments sont donnés à des repas différents. La dose d'hormone thyroïdienne sera adaptée plus tard en fonction de la perte de poids.

Il y a en fait assez peu de données de pharmacocinétique dans les

chirurgies avec malabsorption (by-pass classique ou mini by-pass, diversion bilio-pancréatique). Deux médicaments font l'objet d'une attention particulière :

- Les antidépresseurs et tout particulièrement la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, dont l'absorption est réduite. La sémiologie sera difficile à interpréter compte tenu des modifications de l'humeur postopératoire.
- Les contraceptifs et tout particulièrement les œstroprogestatifs, et les progestatifs micro-dosés. Il est recommandé d'éviter une grossesse dans la première année postopératoire, et une contraception efficace (dispositif intra-utérin, implant progestatif, ou contraception mécanique) est souhaitable.

Des traitements sont à éviter après une chirurgie de l'obésité

Il est prudent d'éviter l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les glucocorticoïdes après

chirurgie de l'obésité, surtout en cas de by-pass car le montage est ulcérogène au niveau de l'anastomose. Les patients ont tendance à s'automédiquer en cas de douleur.

Conclusion

Au total il y a peu de données de pharmacologie, et pas de recommandations sur les conduites à tenir en pratique vis-à-vis de ces traitements. Il faut donc être vigilant et faire preuve de bon sens. Pour les traitements au long cours, il faut savoir réévaluer et réajuster certaines doses en fonction de la perte de poids. Quand un monitoring peut être réalisé (glycémie capillaire, tension artérielle, INR) l'adaptation posologique est beaucoup plus facile. ■

Mots-clés

Chirurgie de l'obésité, Traitements, Ordonnance