

Un cas clinique

Prise en charge post-opératoire d'un Bypass Gastrique

Ce cours présente la prise en charge infirmière d'une patiente après un bypass gastrique. Nous aborderons le contexte clinique, les prescriptions, les surveillances et les conseils post-opératoires. L'objectif est de vous préparer à accompagner au mieux ces patients.

Laura GAUTHIER
IDE en SSR Oncologie et polyvalent
IFSI CRIP
Février 2025



Plan du cours

1

Présentation du cas clinique

Contexte de Mme B., son parcours et ses motivations.

2

Prescription médicale

Détails des médicaments et des traitements prescrits.

3

Surveillances infirmières

Évaluation post-opératoire et prévention des complications.

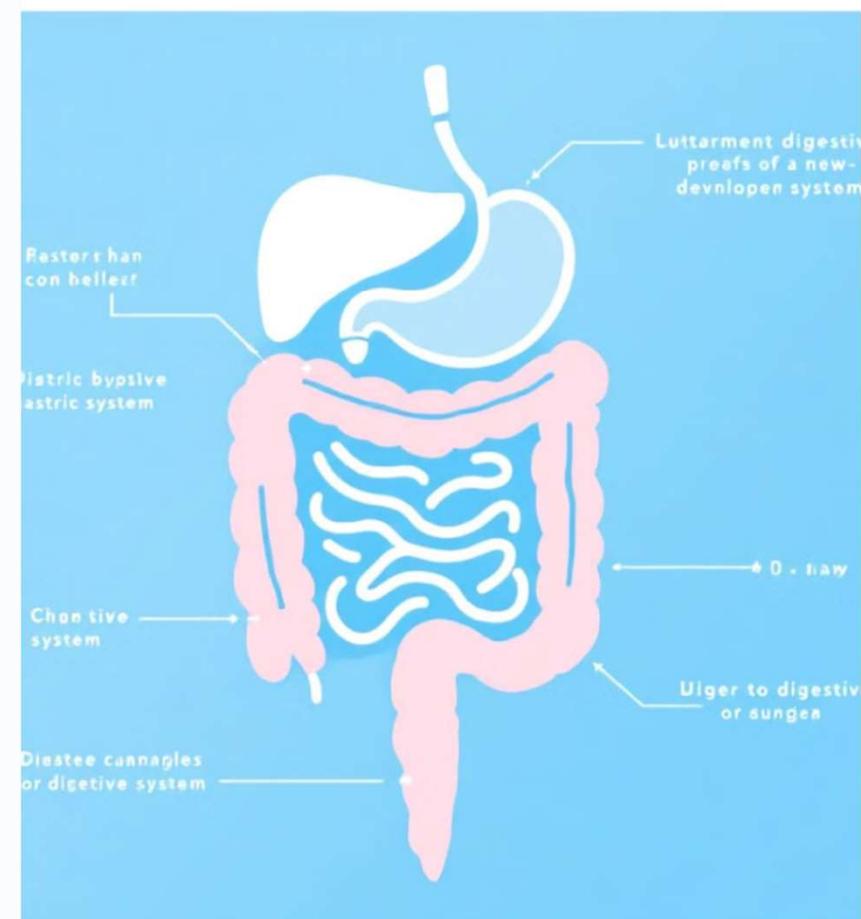
4

Conseils et éducation

Recommandations pour une récupération optimale.

GASTRIC BYPASS

A means for a gastric bypass in a morbidly obese individual by re-routing the digestive system and bypassing the stomach and a portion of the small intestine, and producing weight loss and improved metabolic health.



Présentation du cas: Mme B.

Contexte

Mme B., 27 ans, mère de trois enfants.
Elle a subi un bypass gastrique après des années de surpoids.

Motivations

Elle souhaite retrouver une vie normale et améliorer son image corporelle après ses grossesses.

Antécédents

- HTA traitée par Loxen® 1 comprimé par jour depuis 3 ans
- Diabète de type 2 traitée par Metformine 1 g 3 fois par jour
- Ulcère gastro-duodéal il y a 1 an :
Pantoprazole 20 mg 1 cp le matin et 1 cp le soir

État actuel

Elle pèse 100 kg pour 1,63 m. Elle est hospitalisée en SSR nutrition.

Prescription Médicale Postopératoire

+ Les traitements habituels

Doliprane® 1g

Toutes les 6 heures, pour la douleur. Disponible en poudre ou orodispersible.

Primpéran® 10 mg

Si besoin, toutes les 6 heures en cas de nausées. En sirop.

Lovenox® 6 000 UI

Une injection par jour. Prévention des thromboses.

Spasfon®

En cas de douleurs abdominales. Disponible en orodispersible.

Novorapid®

Protocole : <2 : 0 UI, 2 à 2,5 : 4UI, 2,5 à 3 : 6 UI, 3 à 3,5 : 8 UI, >3,5 : 10 UI et Allo médecin





Surveillance Postopératoire

Pansements

Cœlioscopie : pansements propres. Fils résorbables.
Surveillance quotidienne.

1

2

Retrait des fils

Si les fils ne tombent pas, retrait à J21. Réaliser les pansements 1/2 fois par jour.

Poids

Surveillance hebdomadaire du poids, effectuée avec l'aide d'un soignant.

3

Questions à explorer

- 1** Calcul de l'IMC
Définissez et calculez l'IMC de Mme B.
- 2** Bypass vs. Sleeve
Faites un schéma simplifié de l'estomac après un GBP.
- 3** Bypass vs. Sleeve
Différence entre un GBP et une sleeve gastrique



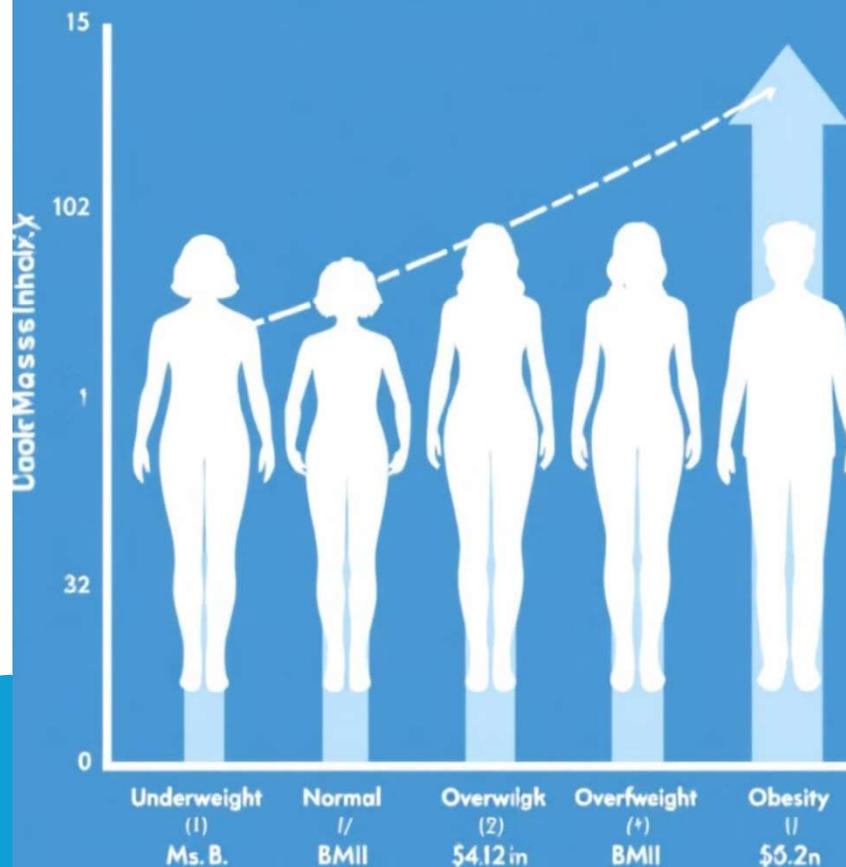
Questions complémentaires

1. Pourquoi suivre en SSR Nutrition ?
2. Classes thérapeutiques et effets indésirables :
3. Pourquoi l'insuline rapide ? Peut-on l'arrêter ?
4. Consignes postopératoires à donner ?
5. Risques si non-respect des conseils hygiéno-diététiques
6. Problématique et jugement clinique
7. Devenir du patient



Flouty a ross of Body masnpand in BMI

Fuir you mass mass inde wome and the n yoft,
mussmers and dunnlesfor of finel, photeseals.

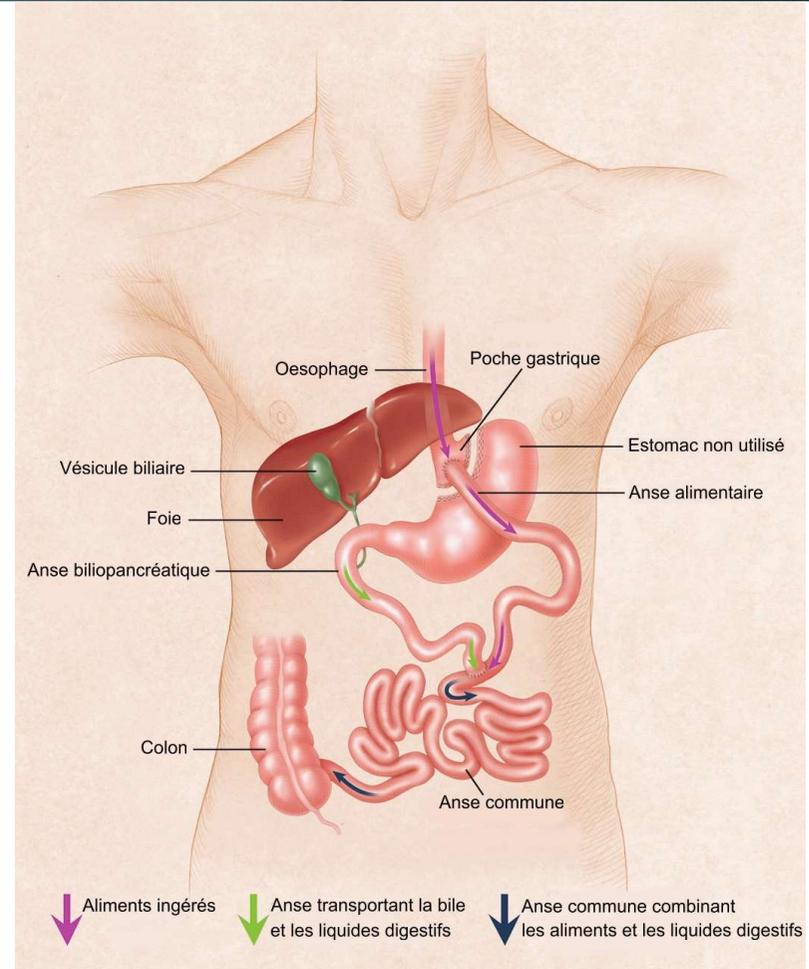
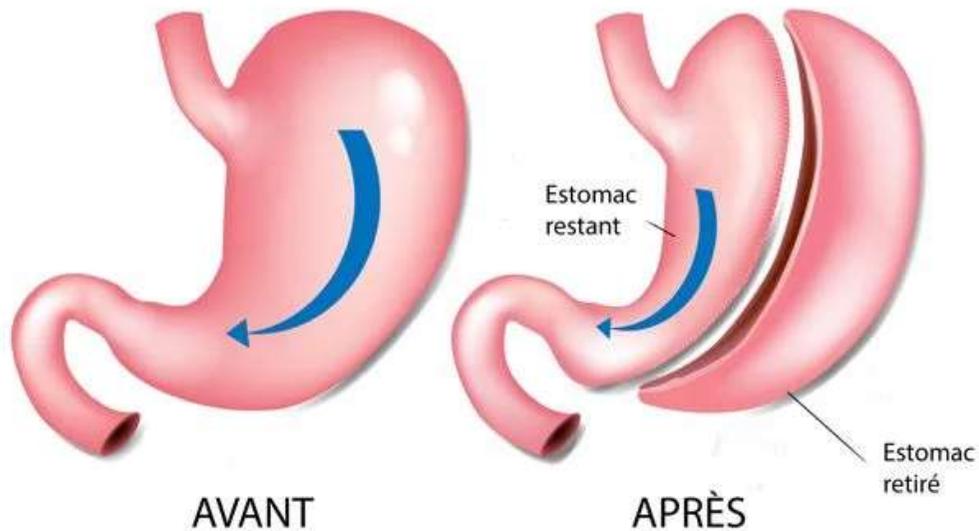


Calcul de l'IMC de Mme B.

- L'IMC évalue la corpulence en fonction de la taille et du poids.
- La formule est : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$.
- Pour Mme B. : $100 / (1,63)^2 = 37,5$.
- Un IMC de 37,5 indique une obésité sévère.

Faites un schéma simplifié de l'estomac après un GBP.

SLEEVE GASTRECTOMIE





Bypass Gastrique vs. Sleeve Gastrique

Bypass Gastrique :
Technique restrictive
et malabsorptive.
Réduit l'absorption
des graisses.
Nécessite une
supplémentation
vitaminique à vie.

Sleeve Gastrique :
Gastrectomie
partielle.
Entraîne une
satiété précoce.
Diminue la
production de
ghréline (hormone
de l'appétit).

Risques et Complications: Bypass Gastrique et Sleeve Gastrique

Bypass Gastrique

Risques immédiats : Hémorragie, infection, fistule anastomotique, embolie pulmonaire.

Risques tardifs : Carences nutritionnelles (fer, vitamine B12, calcium), dumping syndrome (malaise postprandial), occlusion intestinale, ulcères anastomotiques.

Sleeve Gastrique

Risques immédiats : Fistule, hémorragie, reflux gastro-oesophagien.

Risques tardifs : Carences nutritionnelles, dilatation gastrique, reprise de poids.

Surveillance infirmière :

Surveillance
des constantes
vitalles (TA,
pouls,
température)

Surveillance
des douleurs
(EVA)

Contrôle de la
glycémie
capillaire
(dextro)

Surveillance
des sites de
cœlioscopie
(signes
infectieux,
écoulement)

Suivi du poids
(1
fois/semaine)

Surveillance
des apports
alimentaires
(tolérance,
nausées)

1. Soins de Suite et de Réadaptation Nutritionnelle (SSR Nutrition)

Surveillance post-opératoire approfondie.

Rééducation alimentaire personnalisée.

Suivi des comorbidités (HTA, diabète).

Suivi kiné et APA (Aide Personnelle à la Vie quotidienne).

Soutien psychologique pour les patients.

2. Classes Thérapeutiques et Effets Indésirables

Antalgique (Palier 1)	Doliprane® (Paracétamol)	Risque hépatique à haute dose
Antinauséieux	Primpéran® (Métoclopramide)	Troubles extrapyramidaux
Anticoagulant	Lovenox® (Enoxaparine)	Risque hémorragique
Antispasmodique	Spasfon®	Rares réactions allergiques
Antidiabétique Oral	Metformine	Acidose lactique, diarrhée
IPP (Inhibiteur de la Pompe à Protons)	Pantoprazole	Troubles digestifs
Antihypertenseur	Loxen® (Nicardipine)	Hypotension



3. Insuline Rapide: Utilisation et Arrêt



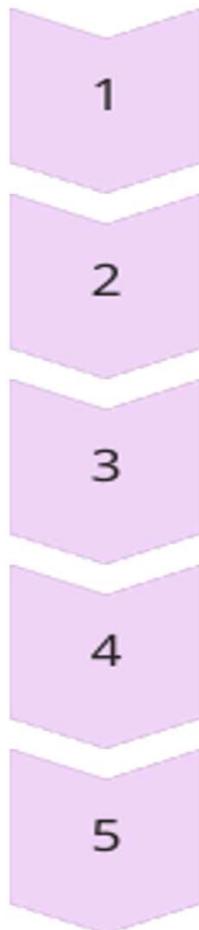
L'insuline rapide est utilisée temporairement pour contrôler les glycémies post-opératoires.



Son arrêt dépend de la stabilisation glycémique du patient.



4. Consignes Postopératoires à Donner



Fractionner les repas

6 petits repas par jour pour éviter une sensation de satiété trop rapide.

Manger lentement, bien mastiquer

Pour faciliter la digestion et prévenir le dumping syndrome.

Éviter les sucres rapides

Risque de dumping syndrome (nausées, vomissements, diarrhée).

Activité physique adaptée

Progressivement, en fonction de la tolérance du patient.

Suivi médical régulier

Pour monitorer l'état de santé et ajuster les traitements si nécessaire.



Consignes Postopératoires

Alimentation 2 semaines

Exclusivement liquide et mixé, compléments nutritionnels, petites gorgées, ne pas boire en mangeant. **PAS de PAIN et NI de potage**

Alimentation 3ème semaines

Mixée et lisse, aliments hachés, petites quantités, 5 à 6 repas par jour. **PAS de PAIN et NI de potage**

Alimentation 2ème mois

Introduction progressive des solides, bien mastiqués, éviter aliments irritants et **boissons gazeuses.**

Surveillance régulière, supplémentation à vie, activité physique adaptée et surveillance des complications.

5. Risques liés au Non-respect des Conseils Hygiéno-Diététiques

Reprise de poids

Si l'alimentation n'est pas adaptée, la perte de poids obtenue peut être annulée.

Carences nutritionnelles

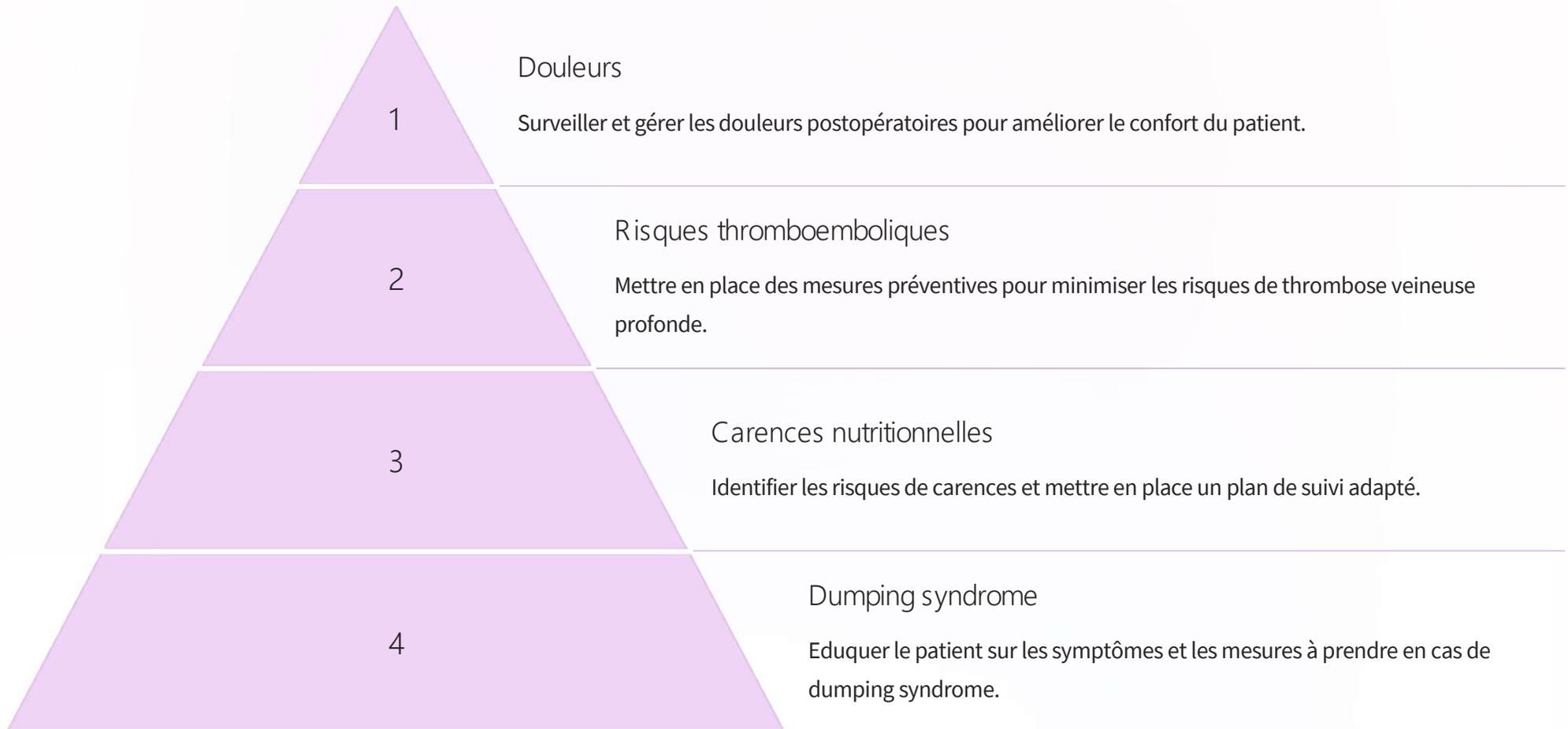
Un apport insuffisant en certains nutriments peut entraîner des problèmes de santé.

Complications digestives

Le dumping syndrome, les nausées, les vomissements et la diarrhée peuvent réapparaître.



6.Problématique et Jugement Clinique



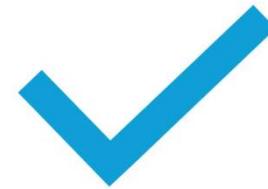
7. Devenir du patient



Court terme : Stabilisation des douleurs, adaptation alimentaire, contrôle glycémique. Suivi psychologue en SSR fait les APA



Moyen terme : Perte de poids progressive, suivi des carences, ajustement des traitements, amélioration des comorbidités (HTA, diabète). Retour a domicile et HDJ



Long terme : Stabilisation pondérale, maintien des bénéfices métaboliques (rémission partielle ou totale du diabète), prévention de la reprise de poids, amélioration de la qualité de vie et réduction des risques cardiovasculaires.

Surveillance médicale, Accompagnement psychologique et diététique A VIE



MERCI de votre
attention