

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ

NOTE INFORMATIVE DESTINÉE AUX PATIENTS

Définitions:

L'obésité ne peut être définie par le poids seulement. Idéalement il faudrait mesurer la part de masse adipeuse d'un sujet mais cette mesure est très compliquée.

Une méthode simple pour évaluer le degré d'obésité est de calculer le BMI (Body Mass Index en anglais ou Indice de Masse Corporelle IMC). Cet indice s'obtient en divisant deux fois le poids du patient par sa taille.

$$\text{BMI} = \text{poids} / \text{taille} / \text{taille} \text{ ou } \text{BMI} = \text{poids} / \text{taille}^2$$

exemple: un sujet qui pèse 90 kg pour une taille de 1m50 a un BMI à 40 kg/m²

$$\text{BMI} = 90 / 1,50 / 1,50 = 60 / 1,50 = 40$$

| | |
|---|----------------|
| BMI normal | 20 - 25 |
| Surcharge pondérale | 25 - 30 |
| Obésité grade 1 | 30 - 35 |
| Obésité grade 2 | 35 - 40 |
| Obésité grade 3 ou morbide ou pathologique | > 40 |

Pourquoi un traitement chirurgical de l'obésité?

Risques liés à l'obésité

A partir d'un certain degré d'obésité, l'excès pondéral entraîne un risque considérable pour la santé et augmente le risque de développer d'autres maladies appelées comorbidités:

- diabète de type II,
- hypertension artérielle,
- maladies cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral ...)
- certains cancers.

On parle d'obésité pathologique ou morbide (du latin morbus: maladie).

Inefficacité des traitements non chirurgicaux

Les traitements non-chirurgicaux de l'obésité se sont révélés extrêmement inefficaces. Les patients obèses sont des personnes dont les organismes ne consomment que très peu de calories. Du temps où la nourriture se faisait rare cette caractéristique leur procurait un avantage par rapport à leurs congénères. Dans notre société de consommation ces personnes sont confrontés à un défi permanent: ne pas absorber plus de calories que leur corps ne peut en brûler. Les tentations étant omniprésentes, les kilos s'accumulent, souvent sur de nombreuses années. Malheureusement, l'accumulation de masse adipeuse entraîne une baisse supplémentaire de la consommation énergétique (moins d'activité, meilleure isolation thermique, perturbations

hormonales ...). Plus le poids augmente, plus difficile il sera d'en perdre.

A ce jour il n'existe malheureusement aucun traitement qui permet d'augmenter la consommation énergétique de l'organisme. Tous les médicaments proposés dans ce but se sont révélés dangereux pour la santé et tous sont actuellement retirés du marché. Le seul moyen pour perdre du poids est de diminuer sa prise de calories.

Pour des patients ayant atteint un BMI à 40 il est très difficile d'obtenir une perte de poids significative et de la maintenir à long terme pour deux raisons:

1. L'apport calorique doit être très fortement abaissé à +/- 1000 kcal par jour.
2. Cette restriction calorique doit être maintenue à long terme, c'est-à-dire à vie!

Cet objectif est extrêmement difficile à atteindre par les traitements non chirurgicaux (régimes, cures, prise en charge diététique, soutien psychologique ...) qui reposent en fait sur la seule force de volonté. Des études ont montré qu'en cas d'obésité pathologique (BMI > 40) il n'y a que 4-5% des patients qui arrivent à obtenir et maintenir une perte de poids significative à long terme, même sous suivi médical rigoureux.

Efficacité de la chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est actuellement le seul traitement efficace de l'obésité pathologique.

En moyenne, les gastroplasties permettent d'obtenir une perte de 75% de l'excès de poids à un an.

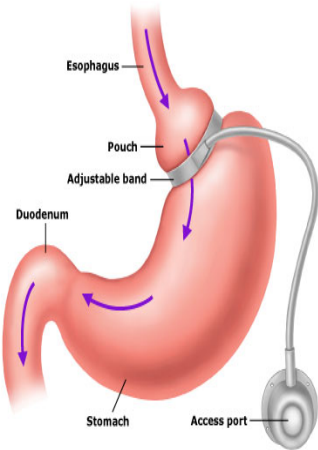
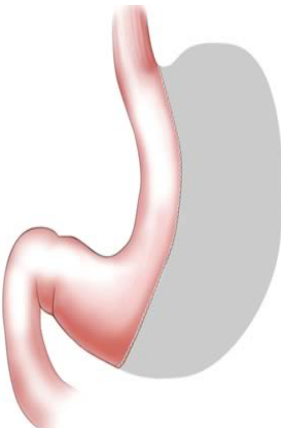
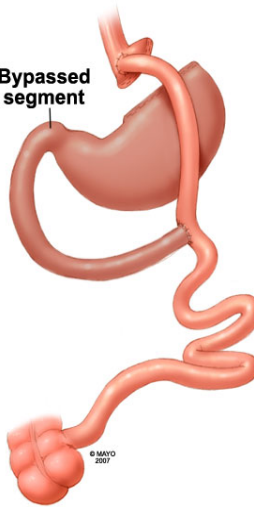
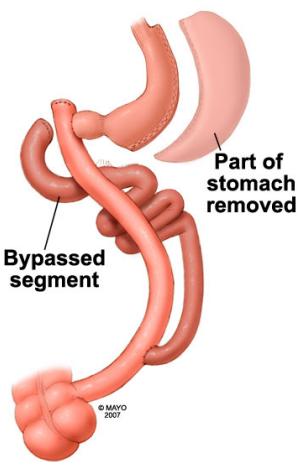
Les gastroplasties aident les patients à contrôler leurs prises de calorie par différents mécanismes:

- réduction volumétrique de l'estomac, obligation de manger lentement et de bien mâcher les aliments.
- modification des sensations ressenties après la prise d'aliments.
- modification des sécrétions hormonales régulant la sensation de faim.

Ce n'est donc pas l'opération en soi qui fait maigrir le patient. Les gastroplasties aident les patients à parvenir à cette réduction importante de leur prise de calories.

Certaines interventions plus radicales (tubulisation gastrique + court-circuit intestinal) permettent d'induire, en plus des mécanismes décrits ci-dessus, une limitation de la quantité de calories que le tube digestif peut absorber. Ces interventions dites malabsorbatives sont les plus efficaces mais elles entraînent des risques importants de carences protidiques et vitaminiques ce qui nécessite un suivi rigoureux des patients opérés. Elle ne sont indiquées que pour les cas d'obésité très importante (BMI > 60).

Principales interventions pratiquées (détails cf. chapitre: Techniques chirurgicales)

| restrictive pure | restrictive et métabolique | | malabsorbative |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |
| Anneau gastrique | Tubulisation gastrique | Court-circuit gastrique | Tubulisation gastrique + court-circuit intestinal |
| Adjustable Gastric Band | Sleeve gastrectomy | Gastric bypass | Sleeve gastrectomy + duodenal switch |

Indications chirurgicales:

Le but de la chirurgie bariatrique étant d'améliorer l'état de santé des patients et d'éviter les complications induites par l'obésité il a fallu trouver un seuil à partir duquel les risques liés à la chirurgie étaient contrebalancés par les risques inhérents à l'obésité.

Actuellement il est communément admis que ce seuil se situe à 40 respectivement à 35 en cas de comorbidité sérieuse (diabète, HTA ...). Il est également admis que les traitements non chirurgicaux doivent avoir été entrepris sans succès.

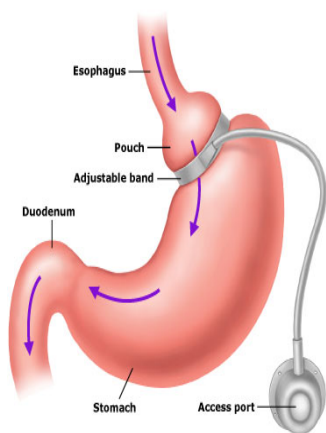
Les interventions de chirurgie bariatrique étant soumises à un accord préalable du contrôle médical de la CNS pour leur remboursement, ce sont les critères retenus par les assurances sociales qui posent l'indication médicale au Luxembourg.

Critères retenus par la CNS au Luxembourg (Annexe C des statuts point 12)

1. *BMI égal ou supérieur à 40 ou égal ou supérieur à 35 en combinaison avec au moins l'un des critères suivants:*
 1. *diabète traité par médicaments*
 2. *hypertension résistant au traitement (supérieure à 140/90 mmHg malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de 3 antihypertenseurs).*
 3. *Syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique.*
 4. *Réintervention chirurgicale après complication ou résultat insuffisant d'une intervention bariatrique précédente.*
2. *le patient doit être âgé de minimum 18 ans*
3. *le patient doit avoir fait l'objet, pendant au moins 6 mois, d'un suivi médical, nutritionnel et diététique bien documenté, sans obtenir de réduction de poids stable. Ce suivi doit avoir lieu dans un hôpital disposant d'un service pratiquant la chirurgie bariatrique. La durée de ce suivi peut être écourtée si le Contrôle Médical constate une comorbidité entraînant une dégradation rapide de l'état de santé du patient.*
4. *La chirurgie a été décidée après une concertation bariatrique multidisciplinaire, à laquelle participent conjointement et au moins, outre le médecin spécialiste en chirurgie, un médecin spécialiste en médecine interne, un médecin spécialiste en psychiatrie et une diététicienne; le rapport de cette concertation explicitant l'indication opératoire doit être signé par les quatre participants des disciplines précitées; le rapport de concertation ainsi que les données relatives au traitement par régime doivent être transmis au Contrôle médical de la sécurité sociale.*

Techniques chirurgicales:

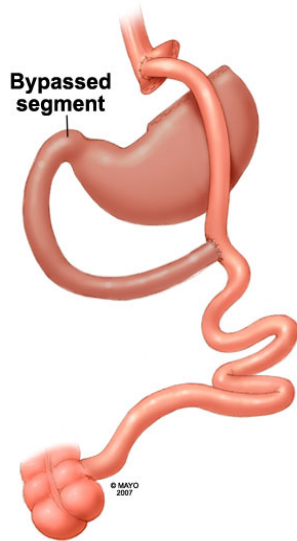
Anneau gastrique ajustable (gastric banding):



L'anneau gastrique est une technique purement restrictive. Elle consiste en la pose d'un anneau en silicone autour de la partie haute de l'estomac afin de séparer l'estomac en deux poches et de calibrer le passage de la petite poche à la grande cavité gastrique par le serrage de l'anneau. Pour que les patients maigrissent, il faut que la petite poche soit très petite (15 ml) et que l'anneau soit très serré. Il en résulte qu'il s'agit d'une technique très restrictive, assez inconfortable pour les patients. Les blocages alimentaires sont assez fréquents et certains aliments ne peuvent être avalés qu'avec difficulté (viandes ...). Les résultats obtenus avec les anneaux sont médiocres avec une perte de 45% de l'excès de poids à 1 an (contre 75% pour les autres techniques). Un autre problème provient du fait que l'on implante un corps étranger. L'expérience a montré que après 5 ans la moitié des anneaux ont dû être retirés pour différentes raisons (mal supporté par les patients, glissement de la paroi gastrique à travers l'anneau, érosion de l'estomac, fracture de l'anneau ou de sa tubulure, reprise de poids ...). Un

an après l'ablation d'un anneau, 95% des patients auront repris le poids perdu. En cas d'ablation d'un anneau il faut donc réaliser une intervention de remplacement. Le plus souvent on réalise une «conversion» en gastric bypass. Cette intervention de «conversion» est souvent difficile et comporte plus de risques à cause de la fibrose et des adhérences que les anneaux provoquent sur l'estomac. La plupart des experts déconseillent donc l'utilisation de l'anneau. La pose d'un anneau peut tout de même se justifier, pour des BMI pas trop élevés, compte tenu de la simplicité du geste et du faible risque de complication dans les suites immédiates. A l'Hôpital Kirchberg nous ne proposons plus la technique de l'anneau.

Bypass gastrique (gastric bypass):



Le bypass est une intervention ancienne pratiquée depuis 1967. A l'époque l'intervention était réalisée par laparotomie (grande incision). Un taux de complication élevé l'avait fait abandonner à l'époque. Le bypass a été réintroduit dans les années 90 cette fois sous coelioscopie (plusieurs petites incisions de 5 – 12 mm). Dans ces conditions moins invasives il s'est révélé être une technique très efficace avec des taux de complication faibles et de bons résultats à long terme.

Technique chirurgicale:

La première étape de l'intervention consiste à créer une petite poche gastrique au bout de l'œsophage. Cette petite poche est obtenue par section de la partie proximale de l'estomac à l'aide d'agrafeuses mécaniques. La grande cavité gastrique est ainsi exclue et ne participera plus à la digestion.

Pour que les aliments ingérés puissent progresser de la petite poche vers le tube digestif on réalise un montage à l'aide de l'intestin grêle appelé anse en Y. Pour réaliser cette anse en Y on sectionne l'intestin grêle proximal. Le bout distal de l'intestin sectionné est ensuite transposé vers

le haut et raccordé à la petite poche gastrique. Le bout proximal de l'intestin sectionné est raccordé latéralement à cette anse montée pour permettre à la bile et aux sécrétions du pancréas de s'écouler vers la lumière du tractus digestif. Cette anse en Y réalise un bypass (court-circuit) de la grande cavité gastrique et du duodénum.

Le bypass par coelioscopie est une intervention complexe demandant un haut degré de technicité de la part du chirurgien. La durée de l'intervention est de 2 heures mais peut parfois être plus longue en cas de difficultés (adhérences intestinales, patients très obèses ...).

Effets du bypass:

Contrairement à ce qui est souvent affirmé, le bypass gastrique ne provoque pas de malabsorption. Comme l'anneau, le bypass aide les patients à maîtriser leur prise de calories par une composante restrictive: Chez les patients opérés de bypass, le bol alimentaire passe directement de la petite poche vers l'intestin grêle. L'intestin ayant un volume réduit, la quantité d'aliments pouvant être ingérée est limitée sans qu'il soit nécessaire de placer un obstacle mécanique, source de blocages et de vomissements. En plus de cette composante restrictive, le bypass comporte également une composante métabolique: Le fait que les aliments progressent directement vers l'intestin grêle provoque des sensations particulières ainsi que la sécrétion précoce de différentes hormones. Ces phénomènes diminuent la sensation de faim et incitent les patients à s'arrêter de manger. L'ingestion d'aliments à forte teneur en sucres rapides peut avoir tendance à provoquer un léger malaise (dumping syndrome) ce qui incite les patients à limiter leur consommation de sucreries.

Résultats:

Après réalisation d'un bypass on obtient une perte de 75% de l'excès de poids en moyenne. Des études à long terme ont montré une perte de 60% de l'excès de poids à 15 ans. On admet que 15-20% des patients opérés auront une tendance à reprendre du poids après 2 années. En cas de diabète de type 2 les patients guérissent de leur diabète dans 80% des cas, souvent très rapidement indépendamment de la perte de poids.

Complications:

Le principal risque de cette intervention se trouve au niveau des sutures digestives. Toute suture digestive, qu'elle soit réalisée à l'aide de points de suture ou d'agrafes présente un risque de lâchage ou de fuite. Ces fuites ou « fistules » sont la conséquence d'un trouble de la cicatrisation. En cas de fistule se produit une fuite du contenu intestinal vers la cavité abdominale source d'infection et de péritonite. Cette complication se produit dans 1 - 2% des cas. La survenue d'une fistule impose généralement une ré-intervention et peut conduire à une prolongation significative de l'hospitalisation.

Le bypass nécessite la transposition d'une anse intestinale ce qui induit un risque d'hernie interne source d'occlusion intestinale. Une hernie interne se produit lorsque une ou plusieurs anses intestinales se glissent sous le pont créé par l'anse intestinale montée. Ceci produit une compression mécanique de ces anses. Le risque d'hernie interne est de l'ordre de 0,5%. Il est maximal durant la première année après l'intervention. En cas de hernie interne il faut réopérer le patient pour remettre les anses en place et fermer l'orifice herniaire afin d'éviter la récurrence.

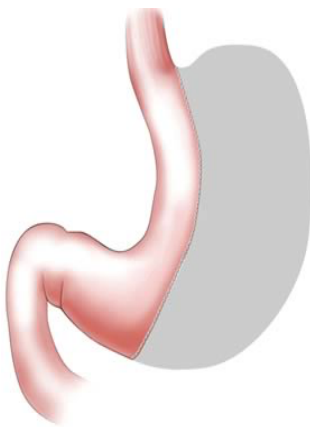
Un rétrécissement de la suture entre l'anse montée et la petite poche gastrique peut survenir dans les 2 premiers mois après l'intervention (sténose anastomotique). Ce rétrécissement est la conséquence d'un

trouble de la cicatrisation de la suture. Si l'orifice de passage devient très étroit, les aliments passeront difficilement et auront tendance à se bloquer. Dans 95% des cas ces sténoses ne nécessitent pas de ré-intervention mais peuvent être traitées par une simple dilatation endoscopique (gastroscopie). Le risque de sténose après bypass gastrique est de 3%.

Les autres complications sont celles de toute chirurgie abdominale. Les fréquences des principales complications sont reprises dans le tableau ci-dessous.

| Principales complications du bypass gastrique | fréquence |
|---|-----------|
| Fistule digestive | 1-2 % |
| Hernie interne | 0,5 % |
| Embolie pulmonaire | 1-2 % |
| Abcédations et suppurations intra abdominales | 1,5 % |
| Sténose anastomotique | 3 % |

Tubulisation gastrique (sleeve gastrectomie):



La sleeve gastrectomie (ou Gastroplastie verticale calibrée avec résection gastrique) est une technique qui consiste à résecter une grande partie de l'estomac (représentée en gris clair) pour transformer la partie proximale de l'estomac en un long tube étroit.

Effets de la tubulisation gastrique:

Comme le bypass, la tubulisation induit une perte de poids par une composante mécanique et une composante métabolique. Le rétrécissement réalisé par le tube gastrique oblige les patients à manger lentement et à bien mâcher les aliments. La diminution de volume de l'estomac limite la quantité d'aliments pouvant être ingérée. La composante métabolique est réalisée par l'exérèse du fundus gastrique qui produit une grande partie de la ghréline. La ghréline est une hormone intervenant dans la sensation de faim. Après exérèse du fundus gastrique, ses taux sanguins diminuent de moitié, même à long terme.

Résultats de la tubulisation gastrique:

Le taux de complication post-opératoire (30 premiers jours) est comparable à celui du bypass. Comme pour le bypass, la principale complication est le développement d'une fistule sur la ligne d'agrafage.

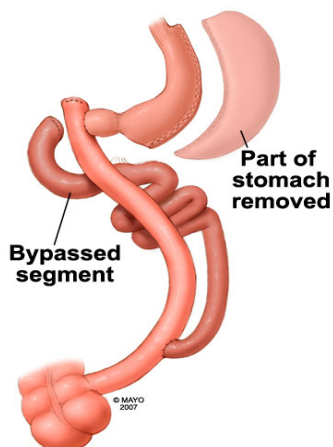
Par rapport au bypass la tubulisation gastrique présente de nombreux avantages:

- La tubulisation est une intervention plus simple et plus rapide à réaliser (69 – 90 minutes).
- La tubulisation perturbe moins l'anatomie du tube digestif, les aliments empruntant toujours les voies habituelles pour la digestion. Il y a moins de risque de carence vitaminique.
- Contrairement au bypass, la tubulisation n'empêche pas l'exploration endoscopique du tube digestif supérieur.
- La tubulisation comporte moins de risque de complication à long terme étant donné qu'elle ne comporte aucun risque d'hernie interne.

On dispose actuellement d'études qui montrent que même après plusieurs années les résultats de la tubulisation gastrique sont comparables à ceux du bypass gastrique.

Tubulisation gastrique + court-circuit intestinal

(Sleeve gastrectomy + duodenal switch):



Le court-circuit intestinal ou duodenal switch est une intervention par laquelle la majorité des anses intestinales sont exclues du processus de digestion (anses représentées en foncé). Il en résulte une malabsorption des aliments. Le montage est conçu de sorte pour que le système digestif soit incapable d'absorber plus de 1000 kcal par jour.

Les interventions malabsorptives sont très efficaces mais il s'agit d'interventions lourdes qui réalisent une véritable mutilation du tube digestif et comportent un risque élevé de carences nutritionnelles à long terme ce qui nécessite un suivi rapproché et à vie des patients opérés.

Ces interventions sont réservées aux patients présentant un BMI supérieur à 60 et ne sont que rarement pratiquées en Europe.

Choix de la technique:

Actuellement il n'y a pas de certitude scientifique en faveur du bypass ou de la tubulisation gastrique.

Différents facteurs peuvent faire pencher le choix vers l'une ou l'autre technique:

- Comorbidités: Diabète, reflux gastro-oesophagien
- Autres maladies du tube digestif: Ulcère gastrique ou duodénal, pancréatite.
- Particularités anatomiques: abdomen multi-opéré avec adhérences intestinales.

Le choix de la technique devra être discuté individuellement pour chaque patient lors des différentes consultations avec le chirurgien. Actuellement il n'y a pas de contrainte administrative en ce qui concerne le choix de la technique.

Aux HRS la tendance est de proposer de plus en plus souvent une tubulisation plutôt qu'un bypass.

Préparation à l'intervention:

Dès que la décision opératoire est prise, exercez votre volonté en appliquant les mesures suivantes:

Arrêtez de fumer. Cette seule mesure suffit à diminuer nettement le risque de complications post-opératoires.

Pratiquez autant d'exercice physique que possible.

Diminuez l'absorption de calories, l'opération sera d'autant plus simple que vous serez moins obèse.

Exercez-vous à respirer profondément et à tousser.

Afin de prévenir les accidents thrombo-emboliques il vous sera prescrit un traitement par les héparines de bas poids moléculaire. Celui-ci débutera la veille de l'intervention et devra être poursuivi à domicile durant 20 jours. Ce traitement consiste en l'injection d'héparine par voie sous-cutanée c.à.d. dans la graisse sous-cutanée du ventre ou de la cuisse. Ces injections journalières seront réalisées par les soins à domicile ou de préférence par vous-même.

Période post-opératoire:

Après l'intervention vous séjournerez une nuit au service de réanimation. Ceci ne doit pas vous inquiéter, il s'agit simplement de vous assurer une surveillance plus rapprochée compte tenu du risque d'apnée du sommeil lié à l'obésité.

Des anti-douleurs vous seront administrés de façon systématique. Au cas où vous auriez tout de même des douleurs il faut le signaler à l'infirmière, des anti-douleurs supplémentaires sont toujours prescrits mais administrés en cas de besoin seulement.

Une radiographie de contrôle sera réalisée le lendemain de l'intervention. On vous demandera d'avaler

quelques gorgées de produit radio-opaque afin de visualiser la petite poche gastrique et de s'assurer de l'absence de fuite au niveau de la suture entre la poche et l'anse intestinale. Après cet examen vous serez autorisé à boire (toujours par petites gorgées et en quantité limitée le premier jour).

Alimentation post-opératoire:

La prise de petites quantités d'eau est autorisée dès le soir de l'intervention.

A partir du 3^{ème} jour sera instauré une alimentation liquide limitée à 800 kcal/jour. En l'absence de complication le retour à domicile est autorisé au 3^{ème} jour post-opératoire Il vous sera demandé de manger semi-liquide pendant 15 jours en avalant par petites gorgées seulement. Ceci est très important afin de ne pas risquer une dilatation excessive de la petite poche gastrique. En effet, tant que les sutures digestives n'ont pas cicatrisé une traction excessive sur ces sutures risquerait de conduire à une rupture de ces dernières et à la formation d'une fistule ou d'un abcès.

A partir du quinzième jour vous serez autorisé(e) à reprendre progressivement une alimentation normale. Il est très difficile de donner des instructions précises concernant la reprise de l'alimentation. L'expérience rapportée par les patients opérés de bypass gastrique est très différente d'un cas à l'autre. Ceci s'explique par deux phénomènes, d'une part le point de passage entre la petite poche gastrique et l'anse montée peut être plus ou moins étroite, et d'autre part le bol alimentaire passe très rapidement vers l'intestin grêle dont les réactions aux différents aliments sont différentes d'une personne à l'autre. Le meilleur conseil que l'on peut vous donner est d'essayer les différents aliments avec prudence et avec bon sens. Il est évident qu'il faudra commencer par des quantités très faibles en évitant les aliments trop durs ou trop secs.

Pendant les 2-3 premiers mois suivant l'intervention, le processus de cicatrisation fait que le point de passage entre la petite poche gastrique et l'intestin reste un peu étroit. Il est donc utile de respecter certaines règles afin de limiter les distensions trop importantes de la poche et d'éviter les blocages.

Toujours bien mâcher les aliments surtout ceux à consistance ferme tel la viande, les asperges ou le céleri, le pain blanc frais etc. La petite poche gastrique ne peut dissoudre le bol alimentaire comme le faisait votre estomac auparavant. Ce travail devra être réalisé par votre bouche qui participe activement à la digestion. Même chez une personne non opérée, chaque bol alimentaire devrait être mastiqué 60 – 70 fois avant d'être avalé. Souvent les personnes obèses mangent vite et mastiquent très peu les aliments. Comme vous mangerez moins, prenez le temps de bien mastiquer chaque bouchée en prenant soins de poser vos couverts entre chaque bouchée.

Toujours boire avant le repas et non pendant ou après. Après le repas, le bol alimentaire aura comblé la petite poche et agira comme un bouchon, le liquide avalé ne passera pas, stagnera dans l'oesophage et aura tendance à regurgiter.

Au cas où des médicaments vous ont été prescrits, toujours préférer une forme soluble. Ne pas avaler de gros cachets ou gélules, ils risqueraient de rester coincés. Broyez les avant de les avaler. Attention: Certains comprimés ne doivent pas être broyés notamment les comprimés enrobés gastro-résistants qui ne se dissolvent qu'une fois arrivés dans l'intestin. En cas de doute demandez à votre médecin qu'il vous prescrive le médicament sous une autre forme.

Avec le temps le point de passage entre la petite poche et l'anse intestinale s'élargit et les aliments passeront vers l'intestin sans obstacle. Les règles ci-dessus s'appliquent donc essentiellement au 3 premiers mois post-opératoires.

Afin de garantir le succès à long terme de votre amaigrissement respectez les principes suivants:

- Ne pas manger plus de trois repas par jour.
- Ne pas manger entre les repas.
- Essayer de poursuivre les bonnes habitudes acquises durant les premiers mois post-opératoires.
- Evitez toute absorption de boissons sucrées ou alcoolisées même en faibles quantités. En effet celles-ci passent librement par la poche et contiennent de grandes quantités de calories. Tenir compte du fait que l'alcool est absorbé très rapidement chez les patients opérés de bypass gastrique.
- Ne pas dépasser la limite de 1000 kcal par jour.
- Prendre les conseils réguliers de votre diététicienne afin de garantir un régime équilibré.

La gastroplastie va changer fondamentalement votre physique et votre psychisme. Profitez-en pour améliorer la qualité de votre vie. Faites ce que vous avez toujours voulu faire! Arrêtez de fumer, vous venez de prouver que vous saviez le faire, il suffit de continuer. Commencez la pratique d'un sport, en débutant par la marche. L'ambiance de groupe vous aidera à vous accrocher dans les moments difficiles. Inscrivez-vous dans un club. Distrayez-vous, beaucoup d'obèses mangent par ennui. Ne retombez pas dans ces

mauvaises habitudes.

Suivi à long terme:

Vous reverrez votre chirurgien au 15ème jour pour l'ablation des fils.

Une consultation de contrôle sera prévue à un mois puis tous les 3 mois pendant 1 an.

Des prises de sang seront réalisées à 3 mois puis annuellement afin de dépister les carences alimentaires. Ces prises de sang pourront être prescrites par votre médecin traitant. Les risques de carences concernent essentiellement le Fer, le Calcium, les vitamines B12, B1, D et A. Afin de les éviter, des suppléments en fer, calcium et vitamines vous seront prescrits.

La diététicienne joue un rôle essentiel dans votre suivi. Vous la consulterez souvent pour améliorer progressivement votre alimentation et pour résoudre vos problèmes diététiques.

La gastroplastie pouvant avoir des répercussions importantes sur votre psychisme un suivi psychologique est souhaitable.

Vous avez besoin d'aide pendant toute votre période d'amaigrissement, seul, on ne maigrit pas bien.