

#001

Objectifs du carnet



Question 2 (QROC)



La patiente a commencé à prendre du poids à partir de l'adolescence, notamment à partir du divorce de ses parents à 13 ans. Puis lors de sa première grossesse à 23 ans où elle a atteint 103 kg (poids maximal). Elle a par la suite débuté plusieurs régimes seule qui lui ont permis de redescendre jusqu'à 89 kg à 28 ans. Cependant elle a repris du poids lors de la deuxième grossesse à 28 ans, puis à son divorce pour atteindre actuellement les 95 kg, en ayant tenté différents régimes sans efficacité.

Son alimentation est actuellement déstructurée et déséquilibrée, avec des périodes de jeûne et de diète. Elle ne pratique pas d'activité physique et se rend au travail en voiture. Elle n'a pas de repas clairement défini. Il lui arrive régulièrement d'avoir des envies irrépressibles de chocolat ou de sucreries (1 tablette de chocolat l'après-midi par exemple).

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant chirurgie bariatrique et suivi nutritionnel en contexte EDN et en garde.
- Pour Chirurgie Bariatrique et Suivi Nutritionnel, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Chirurgie Bariatrique et Suivi Nutritionnel, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Chirurgie Bariatrique et Suivi Nutritionnel, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Indications



Quelques complications de l'obésité

Obésité et appareil cardiovasculaire (items 222, 226, 234...

Athérosclérose – syndrome métabolique*

- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle
- Diabète de type 2

Sur le plan veineux

- Insuffisance veineuse chronique primitive (complication possibles : ulcère +
- Maladie veineuse thrombo-embolique
 - L'obésité est un **facteur de risque persistant** (au même titre que le cancer, l'an **MAJEUR** → traitement anticoagulant 6 mois
 - Si traitement par HBPM : surveillance de l'anti-Xa à 4 heures (autres situation: entre 0,3 et 0,7.

Insuffisance cardiaque globale : mécanismes variés

- **Cardiopathie ischémique*** : insuffisance cardiaque systolique
- **Cardiopathie hypertensive*** : insuffisance cardiaque diastolique
- Insuffisance cardiaque droite avec hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) respiratoire chronique (cf. diapo 27)

Fibrillation atriale : + 30 % pour 5 kg/m² à partir d'un IMC ≥ 30 kg/m²

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- La chirurgie bariatrique se discute après prise en charge médicale structurée et évaluation pluridisciplinaire.
- IMC, comorbidités, âge, compréhension, stabilité psychologique et risque opératoire guident l'indication.
- Informer sur irréversibilité relative, contraintes alimentaires, suivi à vie et complications possibles.
- La décision doit vérifier absence de contre-indication nutritionnelle, addictive ou psychiatrique non stabilisée.

#003

Techniques et risques



Question 1 (QCM)



Homme de 36 ans, IMC à 41, SAOS appareillé, dyslipidémie, HTA, intolérance au glucose, lombalgies.

Q1. Il consulte pour voir les possibilités de chirurgie bariatrique. Que lui dites-vous ?

- A. La chirurgie est contre-indiquée chez ce patient
- B. Il faut une prise en charge médicale multidisciplinaire d'au moins 6 mois
- C. La chirurgie pourrait être indiquée sur la seule valeur de son IMC
- D. La chirurgie pourrait être indiquée car l'obésité a un retentissement important

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Sleeve, bypass et autres techniques different par mecanisme restrictif, malabsorptif et risques carentiels.
- Complications precoces: fistule, hemorragie, embolie pulmonaire, occlusion et vomissements.
- Complications tardives: carences, dumping, hypoglycemie, lithiases, reflux et reprise ponderale.
- Grossesse doit etre planifiee apres stabilisation ponderale et correction des carences.

#004

Suivi nutritionnel

- Supplémentation vitaminique et minérale adaptée au montage chirurgical.
- Surveiller NFS, ferritine, B12, folates, calcium, vitamine D, albumine et oligo-éléments.
- Maintenir apports protéiques, hydratation, activité physique et suivi comportemental.
- Rechercher signes d'alerte: vomissements persistants, douleur, malaise, perte excessive ou carence neurologique.

#005

Pièges EDN

- Un dosage hormonal isolé ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le résultat non interprétable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogénie, insuffisance rénale et maladie aiguë devant une anomalie endocrine.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, cœur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualité de vie.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prévoir surveillance, éducation du patient et adaptation au terrain.

Sources: Referentiel du College des enseignants d'endocrinologie, diabetologie et nutrition; Societe Francaise d'Endocrinologie et Societe Francophone du Diabete; HAS 2024: strategie therapeutique et parcours de soins du diabete de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadreées SSD1/Carnets/phase1_collecte

Cahier de formation - 6 fiches - Endocrinologie