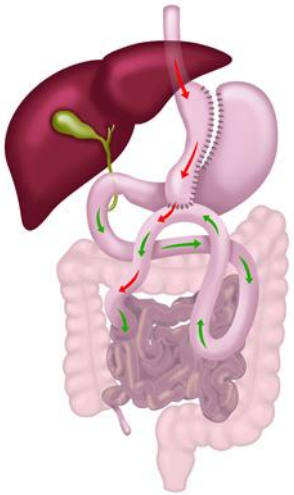
MINI-BYPASS

(Bypass Gastrique en Omega)



A part le **Bypass Gastrique en Y** (aussi appelé le bypass gastrique standard) il existe aussi le **Bypass Gastrique en Omega** ou le **MINI-GASTRIC BYPASS** ou **bypass gastrique avec une anastomose.**

Cette opération d'amaigrissement était déjà décrite en 2001 par le Dr. Rutledge mais n'a connu plus de reconnaissance qu'en 2010. En 2016 elle est, après la sleeve en le bypass gastrique-en-Y, la troisième opération d'amaigrissement mondialement. Comme le bypass gastrique-en-Y, c'est une technique à restriction mais elle agit encore plus pas la malabsorption.

Avantages: dans cette opération il n'y qu'une anastomose entre la poche gastrique et le grêle qui rend l'opération plus courte. Selon les partisans cette technique serait plus durable et facile à réviser en cas de problèmes. Cette technique a surtout de bien meilleurs résultats sur le diabète type 2.

Une des désavantages de cette opération est la possibilité d'un reflux biliaire dans l'œsophage. Le risque est faible (<2%) et, si nécessaire, une opération facile peut résoudre le problème.

La technique

Dans presque tous les cas, cette intervention se déroule par **laparoscopie**. Par de petites incisions de 0,5 à 1 cm, 5 à 6 trocarts (canaux de travail) sont introduits.

Une poche étroite de 10 à 15 cm de long est séparée de l'estomac à l'aide d'une pince à agrafes. On n'enlève pas une partie de l'estomac ou du grêle.

Le grêle n'est sectionné, mais connecté à la poche de 150 à 200 cm du début du grêle. Cette connexion peut se faire à l'aide des agrafes ou avec une suture manuelle. Le chirurgien peut adapter la longueur de l'anse exclu.
Par ce montage le restant de l'estomac et le duodénum sont court-circuité.

Mécanisme d'action

Le bypass gastrique agit principalement par une prise limitée d'aliments (restriction) mais aussi par la malabsorption. Des causes différentes en sont à la base :

1. Sensation rapide de satiété : la petite poche gastrique provoque une impression rapide de satiété, ce qui freine la prise d'aliments.
2. Sensation réduite de faim : la sensation de faim est fortement atténuée. Cela s'explique par le fait que la poche gastrique est séparée de l'estomac, ce qui pourrait provoquer une production limitée de l'hormone de la faim (Grelins).
3. Syndrome de dumping : c'est une sensation de malaise qui est déclenchée par le fait que les aliments de la petite poche gastrique arrivent directement dans l'intestin grêle. Surtout les sucres et le fait de manger trop vite peuvent déclencher cette sensation. Ce dumping empêche de nombreux patients de manger des sucreries, ce qui est une des raisons de reprise de poids après les interventions purement restrictives. Ce syndrome de dumping varie d'un patient à l'autre et diminue ou même disparait dans les années qui suivent l'intervention.
4. Malabsorption: à cause de l'exclusion d'une partie du grêle il y a une absorption réduite de certains aliments. Le fait que la nourriture arrive tard dans le grêle explique l'action extraordinaire sur le diabète type 2.

Résultats

Poids

Des études réalisées auprès de grandes séries démontrent que les patients perdent en moyenne 75 % de leur excès de poids. Par exemple, un patient avec un excès de poids de 50 kg va perdre en moyenne 38 kg après un an. Après 5 ans, il existe toujours une perte moyenne de l'excès pondérale de plus que 70 %. Cela tiendra principalement aux habitudes alimentaires des patients qui peuvent présenter de fortes variations individuelles.

Autres effets favorables

Plus de 80 % des comorbidités (affections liées à l'obésité) disparaissent ou s'améliorent grâce à cette intervention, comme, notamment, l'hypertension artérielle, le diabète de type II, les douleurs orthopédiques, l'apnée du sommeil, la dépression et autres.

Dans plus que 80 % des patients, diabétique depuis moins que 10 ans, le diabète disparait sans aucun traitement. Pour les autres patients on note une réduction importante de la médication antidiabétique.

Complications et effets secondaires possibles

La plupart de ces complications peuvent se produire après n'importe quelle intervention chirurgicale mais sont résumées ici.
On peut les classer en complications précoces et tardives.

1. **Complications précoces**

- Dans la cavité abdominale

Une fuite au niveau d'une lignée d'agrafes est la complication la plus dangereuse après cette intervention (0,5 à 3 %).
Les autres complications sont notamment une éventuelle hémorragie, une lésion d'un organe abdominal, une infection de la plaie et une occlusion intestinale.

Bien que le risque soit minime, cela peut avoir des conséquences importantes : nouvelle intervention, infection de la cavité abdominale avec formation d'un abcès, hospitalisation prolongée et même décès.

- Généralités

Le plus dangereux est la thrombose (caillots sanguins) dans les veines des membres inférieurs. Ces caillots peuvent se décoller et provoquer une embolie pulmonaire. Dans de rares cas, cela peut entraîner la mort. Bien que différentes mesures préventives soient prises, cette complication ne peut être tout à fait exclue.
D'autres complications sont l'infection pulmonaire, l'œdème pulmonaire, les troubles du rythme cardiaque et, éventuellement, la crise cardiaque, les infections des voies urinaires et autres.

- Un décès après une intervention est rencontré en **moins de 0,2 %.**

2. **Complications tardives et effets secondaires**

- Reflux gastro-œsophagien (GERD)

Le reflux gastro-œsophagien (l'acidité ou la bile qui remonte dans l'œsophage) avec des brûlures retro-sternales est un des effets secondaires du mini-bypass. Un reflux existant peut s'aggraver ou un nouveau reflux peut se présenter. Chez quelques patients ce problème peut s'aggraver et même endommager la partie distale de l'œsophage. Chez ces patients un suivi de près s'impose. Même rare, ce problème peut nécessiter le changement du mini-bypass en bypass gastrique avec roux-en-Y.

- Syndrome de dumping

Dans la plupart des cas, le dumping est seulement une sensation de malaise qui se déclenche si l'on consomme trop de sucres ou si l'on mange trop vite. Ce dumping dissuade donc de nombreux patients de manger des friandises. Dans la plupart des cas, le dumping contribue à une meilleure perte de poids avec maintien du poids atteint et n'est donc pas considéré comme un risque sérieux pour la santé. Dans de rares cas, les conséquences peuvent toutefois être extrêmement désagréables : nausées, transpiration, évanouissement et diarrhée après le repas.

- Obstruction

En raison d'adhérences dans l'abdomen qui peuvent se produire lors de n'importe quelle intervention dans l'abdomen, le transit intestinal normal peut parfois être obstrué. Une intervention est occasionnellement nécessaire pour débrider ces adhérences. En cas de douleur abdominale, aigue ou progressive, il faut toujours contacter votre chirurgien. Cette complication peut être à risque vital.

- Lithiases biliaires

Après l'intervention, le patient risque de développer des lithiases biliaires. L'enlèvement de la vésicule biliaire peut s'imposer plus tard.

- Carences en fer, en acide folique, en vitamines et sels minéraux

L'estomac joue un rôle dans l'absorption du fer, de l'acide folique vitamine B12 et autres. A cause du court-circuit d'une grande partie de l'estomac des carences peuvent se présenter. A intervalles réguliers, une prise de sang est effectuée pour détecter les éventuelles carences. Mieux vaut prendre des vitamines au début. Une anémie chronique peut survenir par une carence en fer, en vit. B12 et en acide folique. En fonction des résultats de la prise de sang, du fer, de l'acide folique, de la vit. B12, du calcium, de la vit. D et autres peuvent être prescrits.

- Perte de cheveux

Une perte de cheveux se produit souvent en cas d'amaigrissement rapide. Près de la moitié de tous les patients en sont frappés dans une plus ou moins grande mesure la première année qui suit l'intervention. La perte de cheveux est toutefois temporaire et jamais complète.

- Rétrécissement à la sortie de l'estomac

Rarement, la nouvelle sortie de l'estomac peut se rétrécir et donner lieu à des vomissements excessifs. L'élargissement de la constriction par gastroscopie peut résoudre ce problème dans la plupart des cas. Une nouvelle opération est rarement nécessaire.

- Rupture de la cicatrice

Bien que le risque de rupture de la cicatrice soit très minime grâce à la laparoscopie, une petite rupture sur une suture est toujours possible. Une intervention chirurgicale est nécessaire pour remédier à la rupture.

- Ulcère gastrique

Un ulcère à proximité de la nouvelle sortie de l'estomac se produit rarement. Cela peut généralement être traité par une médication qui freine la production d'acide dans l'estomac.

- Reprise de poids après l'intervention

Ce phénomène peut s'expliquer de plusieurs façons :

⇨ Dilatation du nouvel estomac

Si le nouvel estomac est systématiquement trop rempli, il va progressivement se dilater et la quantité d'aliments que vous pouvez manger pendant un repas va aller en augmentant. Cela peut être la conséquence d'une sortie trop étroite du nouvel estomac.

⇨ Dilatation de la sortie de l'estomac

Cela peut conduire à une prise de poids car l'estomac peut se vider plus rapidement et la sensation de satiété durera alors moins longtemps, ce qui incite donc à manger plus.

⇨ Consommation incontrôlée de sucres

Elle peut se produire en cas de disparition de la sensation de dumping.

Le message reste toujours de contrôler le mieux possible la prise d'aliments. Cela contribuera à un meilleur résultat et au bien-être longtemps après l'intervention.

Préparation pré-opérative

1ière consultation

Pendant la première consultation les différents techniques bariatriques sont expliquées de manière compréhensive avec les pros et les cons.

Les examens préopératoires nécessaires sont expliqués. Tous ces examens sont nécessaires pour rendre l'opération le plus sûr possible. Ces examens sont aussi importants pour obtenir le remboursement par l'INAMI si c'est le cas.

Si vous prenez des médicaments, il faut informer un des membres du team.

Examens préopératoires

- Examen de sang extensif : analyse globulaire, fer, vitamine B12 et vitamine D, foie, diabète, électrolytes.
- Radio des poumons

- Examen chez le gastro-entérologue :
    - Gastroscopie : examen de l'estomac par un tube flexible par la bouche (sous sédation dans la plupart des cas, sous anesthésie si nécessaire)
    - Echographie du foie
- Consultation chez l'anesthésiste
- Consultation chez le psychologue (nécessaire pour les patients Belges pour obtenir un remboursement)
- Si nécessaire : une consultation chez le cardiologue, pneumologue, endocrinologue et autres

Diète préopératoire

⇨ Un régime riche en protéines (shakes)

Grâce à ce régime sans hydrates de carbones et riche en protéines, le patient peut perdre entre 5 et 10 kg dans les 2 semaines avant opération.

Ce régime est très important en cas de foie graisseux. Le foie et la graisse intra-abdominale vont rétrécir ce qui augmente l'espace intra-abdominale et rend l'opération plus sûre.

Informations pratiques concernant votre admission et à votre séjour dans notre hôpital

Admission

L'admission est généralement prévue vers 16 heures du jour précédant l'intervention.
Si vous prenez des médicaments, vous devez également le signaler à un membre de l'équipe.
Une première injection sous-cutanée est administrée prévention d'une thrombose.
Vous devez rester à jeun à partir de minuit la nuit précédant l'intervention.

Jour 0 : jour de l'intervention

Une heure avant l'intervention, vous êtes amené sur votre lit au bloc opératoire. Vous y êtes accueilli par l'infirmière du bloc opératoire et amené à la salle d'opération. Lorsqu'une perfusion vous a été posée dans le bras, l'anesthésiste se charge de votre anesthésie.

L'intervention dure en général moins qu'une heure. Bien que l'on commence, comme convenu, par une laparoscopie, il est possible que cette approche reste impossible. Votre médecin décidera alors de procéder à une intervention classique.

Après l'opération, vous êtes transféré au service des soins post-anesthésie (salle de réveil) où vous pouvez vous réveiller sous surveillance. Au réveil, vous risquez d'éprouver une douleur dans les épaules en raison du gonflement de l'abdomen pendant l'intervention. Une sensation de tension peut également être éprouvée dans la paroi abdominale ainsi qu'une douleur à hauteur de certains points de suture. La douleur est généralement légère et disparaît spontanément après quelques jours mais certains patients peuvent quand même avoir besoin d'une médication analgésique

Jour 1 : retour à la chambre

Le premier jour vous êtes amené au service de radiologie pour y réaliser une radiographie de contrôle après avoir bu une petite quantité de produit de contraste. Cet examen confirme alors le passage correct du produit de contraste vers l'estomac et pour exclure une fuite de la ligne d'agrafes.

Une mobilisation précoce est conseillée en quittant le lit et marchant dans la chambre ou le couloir.

L'ingestion prudente de liquide est alors autorisée. En fonction des souhaits du patient, on peut commencer le jour même une alimentation liquide (p.ex. yaourt).

Jour 2 : retour à la maison

Si tout se passe bien avec une douleur acceptable et une possibilité suffisante de prise de liquide et de nourriture, vous pouvez déjà quitter le service. Une diététicienne viendra encore vous expliquer l'évolution de la prise d'alimentation pour les semaines suivantes. Une liste correspondante est remise à cette occasion.

Si vous ne vous sentez pas assez bien ou si l'un ou l'autre problème survient, il faut mieux rester un ou plusieurs jours de plus à l'hôpital jusqu'à ce que la situation soit parfaitement sous contrôle et que vous puissiez quitter le service sans risque.

Conseils à la sortie de l'hôpital

Dans des circonstances normales, vous quittez l'hôpital 2 à 3 jours après l'intervention.

A votre sortie, vous recevez les documents suivants :

- une lettre adressée à votre médecin traitant contenant un rapport de l'opération et des directives pour le suivi ultérieur. Cette lettre peut aussi être envoyée par courrier électronique.
- une prescription pour les médicaments suivants :
    - **Comprimés de Motilium** : à prendre 15 min. avant le repas pour faciliter la digestion.
    - **Vitamines solubles**. : 1 dose par jour
    - **Omeprazole 20** : 1 gélule par jour pendant 3 mois à 1 an pour la protection de l'estomac.
    - **Clexane 80**. Celle-ci est injectée une fois par jour par voie sous-cutanée pendant encore 10 à 20 jours, de préférence en concertation avec votre médecin traitant.
- Une feuille pour la prise de sang : quelques jours avant la première visite de contrôle, une prise de sang doit être effectuée (de préférence, par l'intermédiaire du médecin traitant). Les résultats peuvent nous être envoyés ou apportés directement. Le plus sûr est que vous alliez chercher ces résultats chez votre médecin traitant pour les apporter à la consultation.
- Une fiche de régime : avant votre sortie, la diététicienne vous donne des explications à ce sujet. Il s'agit d'un régime qui ménage l'estomac : une alimentation liquide pendant 2 semaines, puis en purée pendant 2 semaines supplémentaires. Ensuite, vous pouvez commencer avec de la nourriture solide avec précaution. De petits repas en mastiquant bien restent importants. Evitez également les sucres !

Médicaments

Vitamines

Une multivitaminé devrait contenir au moins 100 % des besoins et exigences quotidiens et devrait être continué le plus long possible. Des contrôles réguliers du sang montreront si ces suppléments sont suffisants.

Médication diabétique

La dose régulière est diminuée à la moitié du moment du régime préopératoire. Après l'intervention ce traitement peut être continué dans la plupart des cas. Un contrôle par le médecin traitant ou l'endocrinologue est important. A cause d'une évolution rapide de votre corps, une adaptation de la dose des médicaments peut être nécessaire.

Médicaments contre la tension artérielle

Aussi ce traitement devrait être diminué dans la plupart des cas sous contrôle du médecin.

Médicaments anti-inflammatoires

Ces médicaments devraient être évités si possible. Ils peuvent causer des ulcères de la muqueuse de l'estomac et même des perforations. Si vraiment nécessaire, un traitement court en combinaison d'une bonne protection de l'estomac (p. ex. Omeprazole) peut être admis.

Autres médicaments

La plupart des médicaments peuvent être utilisés comme avant avec les mêmes effets. Le fer et la vitamine B12 sont moins absorbés à cause de la résection d'une grande partie de l'estomac.

Si les pilules sont trop larges une alternative peut être prise pendant les premières semaines.

Fumer

Fumer devrait être évité pour le restant de la vie. Fumer augmente de manière importante le risque d'ulcères et même des perforations de l'estomac.

Soins des plaies

- A votre sortie, le **pansement** est vérifié et renouvelé si nécessaire. En l'absence de problèmes, ce pansement peut rester en place et être enlevé 2 semaines après l'intervention, par votre médecin traitant, par vous-même ou chez nous à la consultation.
- Si le pansement est recouvert d'une feuille transparente spéciale, vous pouvez vous doucher ; sinon, le pansement doit rester sec.
- En cas de problèmes avec la plaie, contactez votre médecin traitant ou le Dr. L. Lemmens.

- Le **sport** (p. ex., la natation) et les **efforts violents** doivent de préférence être évités pendant les 3 à 6 premières semaines. En revanche, il est conseillé de bouger le plus vite possible et de faire de légers efforts. Ensuite, le sport est très conseillé pour renforcer votre masse musculaire.
- Les **bains de soleil** (et le banc solaire) sont autorisés. Il est conseillé de couvrir les cicatrices pendant 3 mois pour éviter une hyperpigmentation éventuelle.

Autres contrôles après l'intervention

- Vous êtes invité à prendre **rendez-vous** avec le Dr. L. Lemmens dans la 2e ou 3e semaine après votre sortie de l'hôpital, dans le centre de consultation du docteur qui vous convient le mieux.
- Une **prise de sang** est demandée après 2 semaines et après 3, 6, 12 et 24 mois. Même par la suite, une prise de sang régulière est nécessaire au moins 2 fois par an. Mieux vaut effectuer cette prise de sang par l'intermédiaire de votre médecin traitant afin que celui-ci se tienne informé de l'évolution ultérieure.
- Nous demandons toutefois qu'un **double** nous soit envoyé afin que nous puissions suivre votre évolution. Il est utile aussi de discuter de ces résultats avec nous lors de la consultation ou, si c'est trop difficile, par téléphone. De cette manière, nous pouvons suivre aussi la perte de poids et discuter et traiter les problèmes éventuels.

Quelques autres conseils importants

- Evitez les sucreries.
- Prenez de petits repas (évitez de « trop manger » !)
- En cas de problèmes, contactez votre médecin traitant ou le Dr. L. Lemmens (pendant les heures de consultation). Vous pouvez toujours prendre contact avec le service de l'hôpital où vous avez été hospitalisé pour leur demander conseil

RESTEZ SOUS CONTROLE, MEME SI VOUS VOUS SENTEZ BIEN !!!

Optez pour une alimentation saine et variée

Conseils nutritionnels après un Mini-Bypass

Changez vos habitudes alimentaires

Peu après une opération, le contenu gastrique est d'environ 80 ml (1/3 d'un vers de bière). Dans le prochains mois, ce volume peut augmenter légèrement. Cela signifie que la quantité d'aliments que vous prenez par repas est limitée. La sensation de satiété se produira donc rapidement.

Il est primordial que vous appreniez à reconnaître rapidement la sensation de satiété. Vous ne pouvez le faire que si vous mangez lentement et calmement. Mâchez bien vos aliments et attendez quelques minutes entre chaque bouchée. Votre repas peut durer 30 à 45 minutes. Au début, il vous faudra près de 30 minutes pour boire un verre d'eau. Vous ne pouvez venir à bout du problème de volume sans douleurs, nausées et/ou vomissements qu'en acquérant ces nouvelles habitudes.

L'adaptation de l'alimentation après une sleeve se compose de plusieurs étapes, d'une alimentation liquide, en passant par une alimentation mixte pour parvenir finalement à une alimentation solide riche en protéines. Les repas sont beaucoup plus limités que la normale et les aliments doivent être d'une structure beaucoup plus molle. Dans chaque phase, il importe de boire une quantité suffisante d'eau.

Etape 1 : semaine 1 et 2

Aliments liquides et dilués

Les premières semaines après l'intervention, il est à conseiller de prendre exclusivement des aliments liquides et dilués, ceci pour éviter d'étirer le nouveau réservoir gastrique.

Utilisez :

- Des produits laitiers écrémés (du lait écrémé, du yaourt, du fromage blanc, du pudding avec un édulcorant artificiel)
- Des jus de légumes
- De la soupe ou du bouillon maigre mixé
- Purée de fruits
- Du thé, du café, de l'eau plate

Etape 2 : semaine 3 et 4

Alimentation molle et moulinée

Si vous tolérez bien les aliments liquides, vous pouvez essayer les aliments mous ou moulinés. Les aliments suivants peuvent être ajoutés à votre alimentation :

- Petites quantités de fruits mixés sans sucre.
- Petites quantités de purée de pommes de terre et de légumes cuits mixés.
- Petites quantités de poisson cuit, d'œufs cuits ou pochés. Si vous le tolérez bien, de la viande ou du poulet mixés peuvent être ajoutés.
- Pain sans croûte, garni de fromage mou à tartiner, de viande ou de poisson.

Les petits pots d'aliments pour nourrissons que vous trouvez partout dans le commerce conviennent très bien car ils présentent la consistance correcte.

Prenez trois repas par jour avec, éventuellement, un produit laitier écrémé non sucré comme collation et un produit laitier non sucré l'après-midi. Le soir, vous pouvez éventuellement encore prendre un produit laitier écrémé sans sucre.

Etape 3 : dès la 5ième semaine

Aliments solides riches en protéines et peu caloriques

Après cinq à six semaines, vous pouvez progressivement passer à une alimentation plus solide riche en protéines, saine et peu calorique. Ces aliments appartiennent aux catégories suivantes :

- Fromages maigres
- Poisson
- Viandes maigres, de préférence poulet et dinde
- Fromage blanc maigre
- Pudding sans édulcorant
- Corn flakes avec lait demi-écrémé ou lait de soja
- Soupe de légumes maigre

Conseils importants

Qui peuvent vous aider dans vos nouvelles habitudes alimentaires :

- Adoptez une attitude calme à table et profitez de votre repas.
- Prenez assez de temps pour les repas. Ne regardez pas le TV en mangeant et ne marchez pas.
- Mangez calmement, évitez le stress et les discussions désagréables à table.
- Mastiquez bien (remédiez des problèmes dentaires éventuels)
- Prenez de très petites bouchées.
- Ne buvez pas pendant ou juste avant le repas car cela vous donnerait trop rapidement une impression de satiété. Buvez entre les repas, buvez lentement et prenez de petites gorgées. Ne buvez plus une demi-heure avant votre repas.
- Evitez de boissons pétillantes.
- Arrêtez de boire dès que vous éprouvez une première sensation de satiété.
- Manger ou boire plus provoquent des nausées et vomissements.

Optez pour une alimentation saine et variée

Etant donné que les volumes que vous pouvez manger sont très limités, il est important de consommer des aliments qui ont une valeur nutritive élevée. Pour composer une alimentation saine, vous pouvez utiliser la pyramide alimentaire. Ce modèle est composé de niveaux de différentes tailles. Essayez de choisir des aliments de chaque niveau à chaque repas. Dans le bas, vous y trouvez les aliments dont vous avez le plus besoin chaque jour. Pour plus d'explications à ce sujet, mieux vaut-vous adresser à la diététicienne ou à l'expert nutritionniste de notre Centre Obésité.

Mieux vaut prendre trois repas riches en protéines par jour: le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner. Les repas principaux se composent de petites quantités d'aliments. Vous pouvez prendre une collation saine sans sucre et pauvre en graisses à dix heures et seize heures.

Il est important de boire assez, un litre et demi par jour.

Quelques patients ne peuvent tolérer certains aliments; d'autres, en revanche, peuvent tout manger. Tout cela diffère très individuellement. Vous pouvez essayer un aliment en commençant par une petite quantité. Si vous ne le supportez pas, vous pouvez attendre un mois, puis réessayer.

Boissons

- Buvez par petites gorgées environ un litre et demi de liquide par jour, suffisamment répartis dans la journée.
- Ne buvez pas pendant les repas.
- Mieux vaut attendre 30 min à 1 heure après le repas pour boire.
- Entre les repas, prenez suffisamment de boissons hypocaloriques comme l'eau, l'eau minérale non pétillante, le café ou le thé sans sucre, le bouillon dégraissé, la soupe de légumes mixée fraîche, les boissons fraîches « allégées » non pétillantes, …
- Si le lait de vache ordinaire s'avère moins bien toléré, on peut passer au lait de soja et au pudding à base de lait de soja.
- Evitez les boissons sucrées telles que les jus de fruits, les sodas, le lait chocolaté, le yaourt à boire, …
- Limitez le plus possible la consommation de boissons alcoolisées, au maximum une à deux consommations par jour.

Pain

- Evitez le pain frais. Le pain frais se digère plus difficilement et peut rester coincé à hauteur de la sortie de l'estomac. Préférez du pain blanc ou gris rassis.
- Les sandwiches et pistolets sont moins bien tolérés.
- Le pain grillé, les toasts et les biscottes sont bien tolérés.

Pâtes, riz et pommes de terre

- Choisissez de préférence une variété riche en fibres comme le riz brun, les pâtes complètes, … Bien cuits, ils ne posent aucun problème.
- Veillez à ce que les pommes de terre et le riz soient bien cuits.
- Les croquettes sont autorisées exceptionnellement mais la prudence est de rigueur avec les frites en raison des morceaux durs.

Légumes

- Veillez à manger des légumes bien cuits.
- Evitez les légumes très riches en fibres tels que les asperges, le céleri, les oignons, les courges, les légumineuses, les courgettes, les aubergines et les variétés de choux (sauf le chou-fleur et les brocolis) à moins que vous ne les cuisiez bien et que vous mastiquiez bien. Si vous éprouvez des problèmes après avoir mangé ces variétés de légumes, mieux vaut provisoirement les éviter.
- Les crudités peuvent aussi être réintroduites progressivement.

Fruits

- Commencez par des fruits en boîte dans leur jus, pelés et dénoyautés, cuits ou éventuellement mixés.
- Une panade peut aussi apporter les vitamines nécessaires.
- Si les préparations de fruits précédentes sont bien tolérées, optez pour un fruit mou très mûr. Commencez par une pomme farineuse, une poire farineuse, des morceaux de melon, des morceaux de pêche, …
- Evitez les fruits riches en grosses fibres, en noyaux ou en pépins comme, par exemple, les noix, les fruits secs et les agrumes.

Viande (source de protéines)

- Les variétés de viande comme le rosbif, les côtelettes, le beefsteak, … sont filandreuses et contiennent beaucoup de tissus conjonctifs, ce qui les rend difficiles à mastiquer finement. Elles forment une bouchée qui peut difficilement être avalée. Mieux vaut donc les éviter.

- La viande tendre telle que le poulet et la dinde est un bon choix, par ailleurs riche en protéines.
- Evitez de manger beaucoup de hachis, de hamburgers ou de saucisses. Préférez le hachis de volaille ou de veau.
- Choisissez toujours un mode de préparation juteux pour la viande. Evitez les croûtes brunes si vous faites frire la viande et utilisez au maximum une cuillère à soupe de matière grasse.
- Evitez les tendons, les couennes et les fragments de cartilage.

Poisson

- Le poisson se digère généralement mieux que la viande.
- Utilisez de préférence du poisson poché, étuvé ou cuit à l'eau plutôt que du poisson frit.
- Les poissons panés ainsi que les plats prêts à l'emploi sont déconseillés en raison de leur valeur calorique élevée.

Oeufs (source de protéines)

- Utilisez une préparation molle, par exemple des oeufs brouillés, des oeufs pochés, des oeufs à la coque, ...
- Vous pouvez éventuellement écraser les oeufs durs.
- Mangez au maximum deux œufs par semaine.

Garnitures (sources de protéines)

- Optez pour des charcuteries maigres comme le jambon dégraissé, le blanc de poulet, le jambon de dinde, etc.
- Fromage maigre à tartiner, fromage blanc maigre ou confiture avec teneur réduite en sucres.
- Fromages maigres à pâte ferme (formes « allégées ») s'ils sont bien mastiqués.

Sauces

- Le ketchup, les pickles, la moutarde et la sauce dressing peuvent être utilisés sous une forme « light ».

- La sauce blanche au lait demi-écrémé, la sauce à la crème allégée et la sauce de bouillon peuvent aussi être consommées, mais en quantités limitées.

Matière grasse à cuire et à tartiner

- Les graisses apportent deux fois plus de calories que les protéines et hydrates de carbone (sucres). Etant donné que les graisses sont présentes sous forme « cachée » dans de nombreux aliments, les graisses à tartiner et à cuire doivent être très limitées. Il est donc à conseiller de gratter la matière grasse à tartiner et de limiter l'utilisation de graisses lors du repas chaud.
- Utilisez de préférence une minarine ou margarine tartinable d'origine végétale.

Médication

Prenez les médicaments comme prescrits par votre médecin.
Evitez les pilules trop grandes surtout dans les premières semaines après l'opération.

Exercice physique

A part le changement alimentaire, l'exercice physique est très important. Des calories absorbées et pas brûlées seront stockées comme graisse. Pour perdre du poids, votre organisme doit brûler plus de calories que la quantité absorbée en mangeant. Ceci n'est que possible avec assez de exercice physique. Vous pouvez commencer avec des exercices simples. Ayant perdu du poids, les exercices deviennent plus simples. Des exercices quotidiens de 30 minutes sont conseillés. Choisissez des activités comme la natation, aérobics léger, promenade, jogging, etc.