

DÉFICIT EN ZINC

Un déficit en zinc survient chez près d'un patient sur deux un an après bypass et chez un patient sur quatre après sleeve.

Il peut être évoqué devant une anorexie, une altération du goût (hyposmie/agueusie), une perte de cheveux ou un eczéma, voire dans les formes plus graves, par des troubles mentaux ou des lésions cutanées sévères.

Supplémentation

Si une supplémentation est nécessaire, elle doit se situer dans une zone comprise entre 5 et 10 mg/jour chez l'adulte. Des doses plus élevées (20-30 mg/j) peuvent être administrées sur de courtes périodes (quelques semaines/mois) pour normaliser des apports très insuffisants.

Les apports sont possibles sous forme de sels biodisponibles (acétate, citrate, gluconate, lactate, sulfate, picolinate, etc.).

Il convient d'être attentif au problème d'interférence d'absorption en cas de prise concomitante de fer. **Il est conseillé de prendre le zinc à distance de la prise d'autres compléments.**

DÉFICIT EN CUIVRE

Les carences en cuivre post chirurgie bariatrique sont rares : les suppléments multivitaminiques contiennent généralement suffisamment de cuivre pour prévenir les carences.

Il faut cependant y penser devant une anémie ne répondant pas à la supplémentation en fer, en particulier chez les patients substitués en zinc (dont l'absorption interfère avec celle du cuivre).

Un déficit en cuivre peut être évoqué devant des troubles visuels ou neurologiques.

Supplémentation

Si un apport complémentaire est nécessaire, il devrait idéalement se situer entre 0.5 et 1 mg de cuivre /jour pour un adulte. En cas de symptômes, une supplémentation orale allant jusqu'à 2 mg/jour peut être autorisée mais un tel apport est rarement justifié sur le plan nutritionnel.