

	PRISE EN CHARGE DE PATIENTES PENDANT LA GROSSESSE avec antécédent de CHIRURGIE BARIATRIQUE	PRO/ORH/
		DATE : janvier 2022 Version 1
		Page 1 / 6

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
LE GOUEFF Françoise Gynécologue Obstétricien	Membres de la commission « Protocoles » ORÉHANE	Membres du Conseil Scientifique

Ce document a été élaboré par les professionnels du DSRP ORÉHANE sur la base des recommandations scientifiques en vigueur à la date de rédaction du protocole. Celui-ci ne constitue pas une référence obligatoire pour les professionnels des Hauts-de-France mais est une synthèse de recommandations et/ou de la littérature existante. Chaque professionnel ou établissement est donc libre de l'utiliser ou non dans le cadre de sa pratique professionnelle.

1. PRÉAMBULE

OBJET

Ce protocole a pour but de décrire les risques et de proposer des règles de bonnes pratiques pour prendre en charge la grossesse d'une patiente ayant eu une chirurgie bariatrique. Ce protocole est réalisé en attente des futures recommandations HAS sur le sujet.

Pour rappel la chirurgie bariatrique est à ce jour le seul traitement de la maladie-obésité. Toutes les chirurgies sont compatibles avec une future grossesse. Mais un suivi nutritionnel de longue durée est indispensable (1fs/an à vie).

DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure concerne les professionnels de la périnatalité, en particulier les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins nutritionnistes, les diététiciennes, réalisant des consultations prénatales et/ou exerçant dans des services de pathologie materno-foetale et en maternité.

RAPPELS TECHNIQUES

Le but d'une chirurgie bariatrique est de réduire la taille de l'estomac afin d'obtenir une satiété plus précoce.

Les 3 principales techniques réalisées en France par coelioscopie sont (cf. documents annexe 1):

- L'anneau gastrique ajustable (chirurgie restrictive, pas d'altération de l'absorption, risque de carence faible sauf si vomissements. Il devra être desserré pendant la grossesse si vomissements),
- La sleeve gastrectomy (technique la plus réalisée actuellement, gastrectomie longitudinale, technique irréversible, effet hormonal pouvant diminuer fortement les sensations de faim, risque de carences (fer, zinc, vitamine B12)),
- Le gastric bypass (chirurgie restrictive et malabsorptive, chirurgie la plus à risque de carence).

BENEFICES ET EFFETS SECONDAIRES

La plupart des études montrent que la fréquence de l'HTA gravidique, de la pré-éclampsie et du diabète gestationnel est plus faible chez les patientes opérées, en comparaison des femmes obèses.

Une étude suédoise de 2013 observe un risque augmenté de prématurité et de petit poids pour l'âge gestationnel.

Les observations montrent que les enfants nés après la chirurgie avaient un poids de naissance diminué comparé à leur fratrie née avant la chirurgie. En revanche le risque de développer du diabète ou des problèmes cardiaques était minoré.

Les carences nutritionnelles peuvent faire craindre un excès de malformations fœtales. Cependant aucune donnée dans la littérature n'a permis de confirmer cette hypothèse.

2. ACRONYMES

AINS = Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

CI = Contre-indication

DIU : Dispositifs Intra-Utérins

HAS = Haute Autorité de Santé

Hb A1C : Hémoglobine Glyquée

HdJ = Hôpital de Jour

HGPO = Hyperglycémie Provoquée Orale

HTA = Hypertension Artérielle

MV : Supplémentation Multi-Vitaminique

PO = Per Os

PPAG = Petit Poids pour l'Âge Gestationnel

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA = Semaines d'aménorrhées

UI = Unité Internationale

3. PRÉCONISATIONS

SUIVI DU TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

L'amaigrissement important et rapide qui survient provoque des carences fréquentes. Le suivi par un nutritionniste est conseillé à vie 1 fois par an avec des compléments alimentaires et plus fréquemment la 1ère année (idéalement 4 fois).

Il est indispensable d'expliquer à la patiente le risque maternel et fœtal des carences vitaminiques.

Du fait des carences que ce type de chirurgie entraîne et de la perte de poids importante et brutale, une contraception efficace est souhaitable en post opératoire (l'efficacité de la contraception orale est théoriquement diminuée après une chirurgie mal-absorptive).

Une Consultation Préconceptionnelle sera fortement recommandée.

Le délai recommandé pour débiter une grossesse après chirurgie bariatrique est d'au moins 12 mois afin que la grossesse se déroule dans une période de relative stabilité pondérale.

Une programmation de la grossesse est fortement recommandée. Avant tout projet de grossesse, une évaluation diététique et nutritionnelle, clinique et biologique doit être effectuée.

Un RDV avec l'équipe qui a pris en charge le traitement de l'obésité est conseillé dès le désir de grossesse. Une supplémentation préconceptionnelle (3 mois avant la grossesse jusqu'au 1er trimestre) en acide folique : 400µg/j est requise (5mg en cas d'ATCD d'anomalie de fermeture du tube neural).

En l'absence de prise en charge préconceptionnelle, un bilan doit être réalisé dès le début de la grossesse, pour adapter la supplémentation vitaminique.

SUIVI DE GROSSESSE

Suivi maternel mensuel pluridisciplinaire **coordonné par un obstétricien**

En l'absence de suivi annuel, une consultation avec un nutritionniste est conseillée le plus tôt possible durant la grossesse et sera renouvelé en cas de carences importantes ou de By PASS.

En cas de grossesse dans la première année suivant la chirurgie (dans la phase d'amaigrissement rapide) le suivi pluridisciplinaire sera mensuel et concerté entre l'équipe de chirurgie bariatrique et d'obstétrique.

Une attention particulière doit également être portée pour les patientes opérées depuis plusieurs années sans suivi en raison du risque carenciel.

Surveillance échographique : est à adapter en fonction du délai entre l'intervention chirurgicale et la grossesse. En plus des trois échographies habituelles, il est proposé :

Une échographie de datation entre 8 et 10 SA.

Une échographie vers 18SA pour un bilan pré-morphologique

Une échographie vers 27/28SA : contrôle croissance et morphologique au besoin

Une échographie est recommandée vers 37SA pour dépister un éventuel RCIU.

Surveillance médicale :

Le suivi est mensuel :

Une attention particulière sera portée en cas de délais inférieur à 18 mois, en cas de prise de poids maternelle insuffisante ou de vomissements répétés ou en présence de carences nutritionnelles.

Toute douleur abdominale, vomissements itératifs, ou perte de poids importante devra faire suspecter **des complications digestives** (hernies internes, migrations d'anneaux, ...) et justifiera d'une consultation avec le chirurgien bariatrique. En cas de doute sur le diagnostic un scanner avec injection sera demandé ; le pronostic vital materno-fœtal dépend du délai de prise en charge chirurgicale.

Surveillance biologique :

Le dépistage du diabète sera **systématique** pour toutes les patientes et modulé en fonction du type de chirurgie :

- Au premier trimestre Glycémie à jeun ($N < 0.92$) et HB A1C ($N < 5.9\%$) pour dépister un diabète antérieur ou diabète gestationnel précoce.

En cas de normalité, renouveler le dépistage par glycémie à jeun, entre la 24 et la 28e SA (il n'y a pas de CI à réaliser une HGPO en cas d'anneau gastrique).

Si chirurgie mal-absorptive faire un cycle glycémique sur une semaine (normes : à jeun $< 0,95$ - $H1 < 1,40$ - $H2 < 1,20$ et normalité si sur l'ensemble des valeurs – de 20% sont pathologiques).

-

En cas de macrosomie avérée au 3ème trimestre (>95ème pc) et/ou d'hydramnios, HDJ de diabétologie, sans renouveler la glycémie à jeun.

Surveillance Biologique adaptée :

DOSAGES RECOMMANDÉS	En préconceptionnel	Au moins à chaque trimestre	Uniquement si
Ionogramme, magnésémie, calcémie, phosphorémie, 25OH vitamine D, PTH, albuminémie, préalbuminémie, NFS, TP, coefficient de saturation, ferritine, vitamine B12, B9, zinc	X	X	
Vitamine B1	X		Carence initiale ou vomissements répétés (ne pas attendre le résultat du dosage pour substituer)
Vitamine A	X		Carence initiale ou BPG en Y ou omega/DBP/SADI
Sélénium	X		Carence initiale
Cuivre			Anémie réfractaire au fer oral
Vitamines K, B6, C, E et PP			Troubles neurologiques, carences multiples et profondes...

BARIA-MAT : Groupe d'étude sur les grossesses après chirurgie bariatrique

Spécifier « Bilan post chirurgie bariatrique » pour la prise en charge,
Les dosages des vitamines B1, K, C, PP et sélénium ne sont pas remboursés.

Il faut interpréter les résultats avec prudence, en tenant compte des variations physiologiques des taux pendant la grossesse (grade C).

Supplémentation recommandée :

Systématique quel que soit le type de chirurgie (sauf dérivations),

- Multi vitaminique quotidienne pendant toute la grossesse contenant au moins 10mg de zinc et 1mg de cuivre et ne contenant pas plus de 5000UI (1500 µg) de vitamine A
- Acide folique (B9) : 0,4mg /j pendant 3 mois
- S'assurer que les apports protéiques sont > 60g/j (consultation diététique)

En fonction du suivi nutritionnel :

- Suivi nutritionnel régulier :
 - Poursuivre la substitution habituelle
 - Ajouter l'acide folique
 - Adapter la multi Vitaminique
- Mauvais suivi nutritionnel :
 - Introduire la MV et l'acide folique
 - Ajouter des suppléments systématiques à dose minimal (Fe 50 à 80 mg/j, Vit B12 1000µg/sem PO) sans attendre les résultats du bilan sanguin, puis adapter aux résultats.

Il est important de respecter **un délai d'au moins 2h entre la prise du Fer et le reste des vitamines.**

La supplémentation sera adaptée en cas de carences :

Les paramètres nécessaires sont manquants ou erronés.

Un recours pédiatrique sera envisagé en cas de risque avéré de prématurité, et/ou suivant les recommandations de transfert in-utéro du réseau OREHANE.

PRISE EN CHARGE DU POST-PARTUM

L'examen pédiatrique sera adapté selon le suivi de grossesse et les carences observées.

Les AINS doivent être évités dans le post-partum (risque d'ulcère gastrique).

Une supplémentation et une surveillance biologique lors de l'allaitement sera maintenue, en lien avec le médecin traitant.

Les contraceptions réversibles de longue durée d'action (implant, DIU) peuvent être utilisées sans restriction en respectant leurs contre-indications respectives et les règles de bon usage en post-partum.

Concernant les formes extra-orales oestroprogestatives (patch cutané et anneau vaginal), elles sont envisageables quelle que soit le type de chirurgie bariatrique mais en tenant compte essentiellement – comme pour toute contraception oestroprogestative - des facteurs de risques vasculaires artériels et veineux.

Les contraceptions orales (oestroprogestatives et progestatives), sont envisageables en cas d'antécédent d'anneau gastrique ou de Sleeve Gastrectomy mais en respectant les contre-indications habituelles, notamment cardio-vasculaires. En revanche, en cas de chirurgie mal-absorptive, il est recommandé d'informer les patientes du faible niveau de preuve quant à l'efficacité des méthodes contraceptives orales.

4. BIBLIOGRAPHIE

HAS – Service des bonnes pratiques professionnelles « Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte » - Janvier 2009.

Parent B et al, Bariatric Surgery in Women of Childbearing Age, Timing Between an Operation and Birth, and Associated Perinatal Complications - JAMA Surg. 2017 Feb 1;152(2):1-8. doi: 0.1001/jamasurg.2016.3621.

Abenheim HA et al, Pregnancy outcomes in women with bariatric surgery as compared with morbidly obese women - J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Nov;29(22):3596-601

Abodeely A. et al, Pregnancy outcomes after bariatric surgery: maternal fetal and infant implications – Surg Obes Relat Dis – 2008 ;4 (3 :464-71).

Ciangura C. et al. Grossesses après chirurgie bariatrique: recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT) – Med. Mal. Metabol. – 2019 Déc ; 13(8) : 691-702

Poitou C., Diabetes Metab – 2007, 33, 13-34.

Fumery L. et al., Impact de la chirurgie bariatrique sur le pronostic obstétrical – Gynécologie Obstétrique & Fertilité – 2013, 41, 156-163.

Ducarme G. et al., Chirurgie bariatrique et obstétrique – Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction – 2009, 38, 107-116.

Lobert M. et al – Contraception et obésité – Gynécologie, obstétrique et fertilité – 2015, n°43.

Lobert M et al – Contraception et obésité – Obésité – 2017, 12, 2010-221

Roos N. et al, Perinatal outcomes after bariatric surgery : nationwide population based matched cohort study – BMJ – 2013, 347 :f6460.

Guénard F. et al - Differential methylation in gluco regulatory genes of offspring born before vs. after maternal gastrointestinal bypass surgery – Proc Natl Acad Sci U S A. - 2013 Jul 9; 110(28): 11439–11444.

http://www.inaf.ulaval.ca/no_cache/quoi-de-neuf/actualites/details/article/chirurgie-bariatrique-chez-la-mere-lien-avec-une-meilleure-sante-cardiovasculaire-du-bebe/#.WNEzahh7Tow consulté en avril 2017

5. ANNEXES

Annexe 1 : Chirurgie de l'obésité L'anneau gastrique ajustable

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_anneau_gastrique_080909.pdf

Annexe 2 : Chirurgie de l'obésité La gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_anneau_gastrique_080909.pdf

Annexe 3 : Chirurgie de l'obésité Le bypass gastrique (court-circuit gastrique)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf

Annexe 4 : Chirurgie de l'obésité La dérivation biliopancréatique

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_derivation_biliopanceeatique_080909.pdf