

Chirurgie bariatrique et grossesse

Impact du montage chirurgical dans la prise en charge

Baudouin THEBAULT

Céline BOURBAO-TOURNOIS

CHRU Tours – Chirurgie digestive & bariatrique

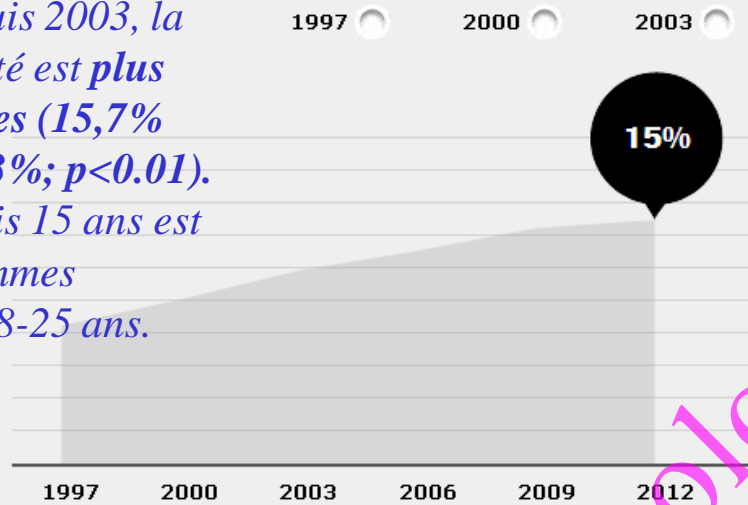


17èmes RENCONTRES TOURANGELLES
du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire
ESPACE MALRAUX DE JOUE LES TOURS
Vendredi 3 octobre 2014



Prévalence de l'obésité des études ObEpi-Roche de 1997 à 2012

En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est **plus élevée chez les femmes (15,7% versus hommes : 14,3%; $p < 0.01$)**. L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans.



Nombre de personnes obèses en 2012

6 922 215

Obésité globale

Augmentation relative

76%

QUI EST OBÈSE ?

Quelqu'un ayant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30, est considérée comme obèse.

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$$

Normal Surpoids



IMC entre 18,5 et 25



Entre 25 et 30

OBÉSITÉ

modérée sévère morbide



Entre 30 et 35



Entre 35 et 40



Plus de 40

Indications de la chirurgie bariatrique

- **IMC ≥ 40 kg/m² ou IMC ≥ 35 kg/m² avec au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie**
HTA, SAS, DT2, dyslipidémies, arthralgies, NASH...
- Échec d'un traitement médical et âge <60ans
- Engagement de suivi médical à vie
- CI : psychiatrique, addiction, risque opératoire/anesthésique



Obésité & Grossesse

- Complications de l'obésité sur la grossesse :

- HTA gravidique
- Prématurité
- Diabète gestationnel
- Retard de croissance
- Macrosomie
- Césarienne
- Infertilité

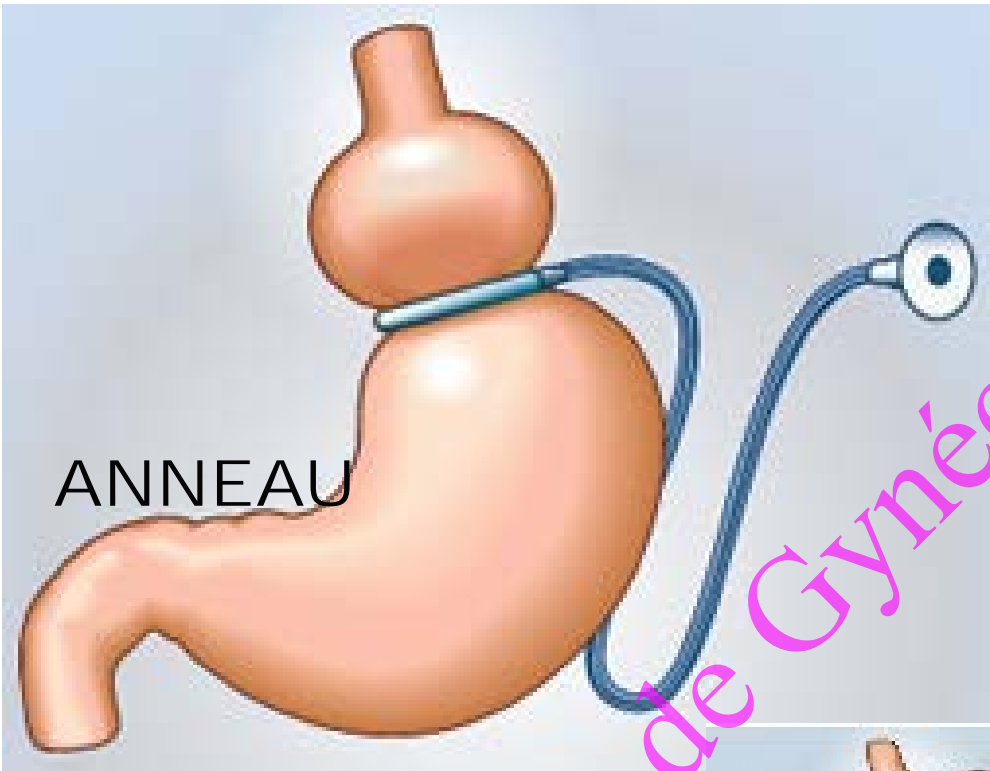
- Diabète G
- Macrosomie
- HTA gravidique

- Le risque de retard de croissance semble persister après chirurgie

Gonzalez I et al. obes. Surg. 2014

- La chirurgie diminue :

Restriction



Collège de Gynécologie CHL

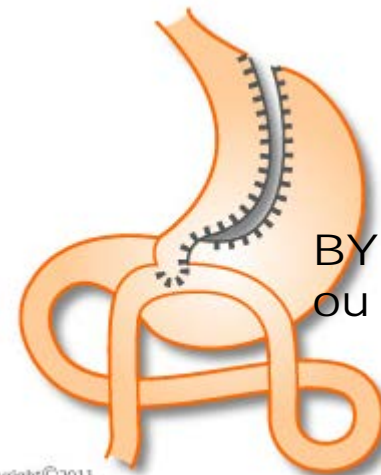
Malabsorption et Restriction



BY PASS
en Y



Dérivation bilio-pancréatique



BY PASS en Ω
ou mini bypass



Figure 1. La chirurgie bariatrique en France en 2011 (PMSI 2011).

Principes Généraux

- Une contraception est recommandée dès que la chirurgie est programmée, puis pendant 12 à 18 mois après l'intervention.

- L'efficacité de la contraception orale pourrait être diminuée après chirurgie malabsorptive. Une autre méthode de contraception doit être discutée.

en pratique implant contraceptif et stérilet

Principes Généraux



- En cas de désir de grossesse après chirurgie bariatrique, il est recommandé de programmer un suivi nutritionnel par l'équipe pluridisciplinaire avant toute conception, à défaut au tout début de la grossesse, pendant la grossesse et en post-partum.
- L'ajustement d'un anneau gastrique ajustable doit être discuté.
- La chirurgie bariatrique est contre-indiquée chez les femmes enceintes.

Quand ?

- Reco. : attendre 12 à 18 post op.
 - Stabilité du poids
 - Moins de carences
 - Meilleurs résultats chirurgie

- Patientes perdues de vue/Incompliance

J Carrière, thèse 2014, Poitiers, sleeve

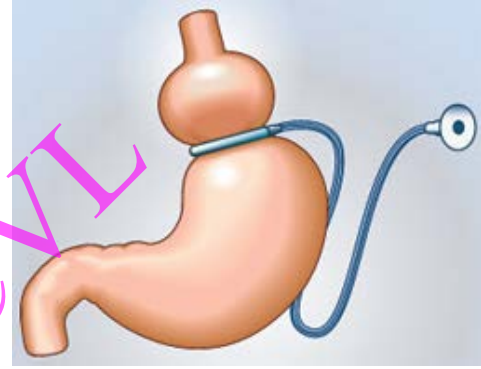
20γ/41γ après 18 mois (2-44mois)

35% anticipation gp<18m vs 25 % gp>18m

70% dépistage per grossesse vs 50% gp>18m

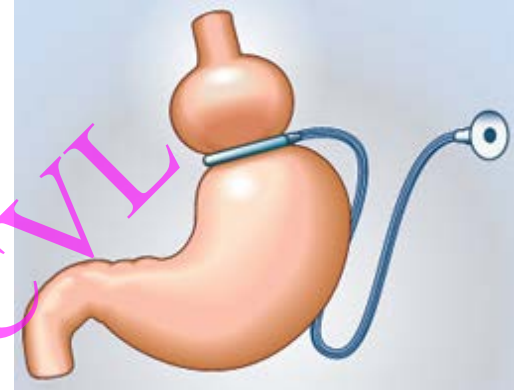
- Une grossesse est probablement envisageable dès 12 mois si l'état nutritionnel le permet
- Le risque de carence étant maximal à la phase initiale, les patientes carencées doivent être informées du sur-risque pour leur grossesse

Anneau Gastrique



- Il est par définition modulable 0-8ml
- Son desserrage systématique dans le cadre d'une grossesse n'a pas d'intérêt : risque de prise de poids excessive
- Adapter au cas par cas selon les symptômes apparaissant pendant la grossesse
- Début de grossesse où les vomissements sont plus importants (sans contrôle radio)
 - Réseau multidisciplinaire :
Nutritionniste – Chirurgien – Radiologue

Anneau Gastrique



- Ce qui doit alerter :
intolérance alimentaire, douleurs, pyrosis,
vomissements malgré fractionnement
- ASP : *bascule de l'anneau*
- TOGD : *dilatation d'amont*
- FOGD : *migration intra gastrique*

attention en cas de vomissements
une carence en vit B1 doit être corrigée
avant ou pendant une éventuelle perfusion glucosée

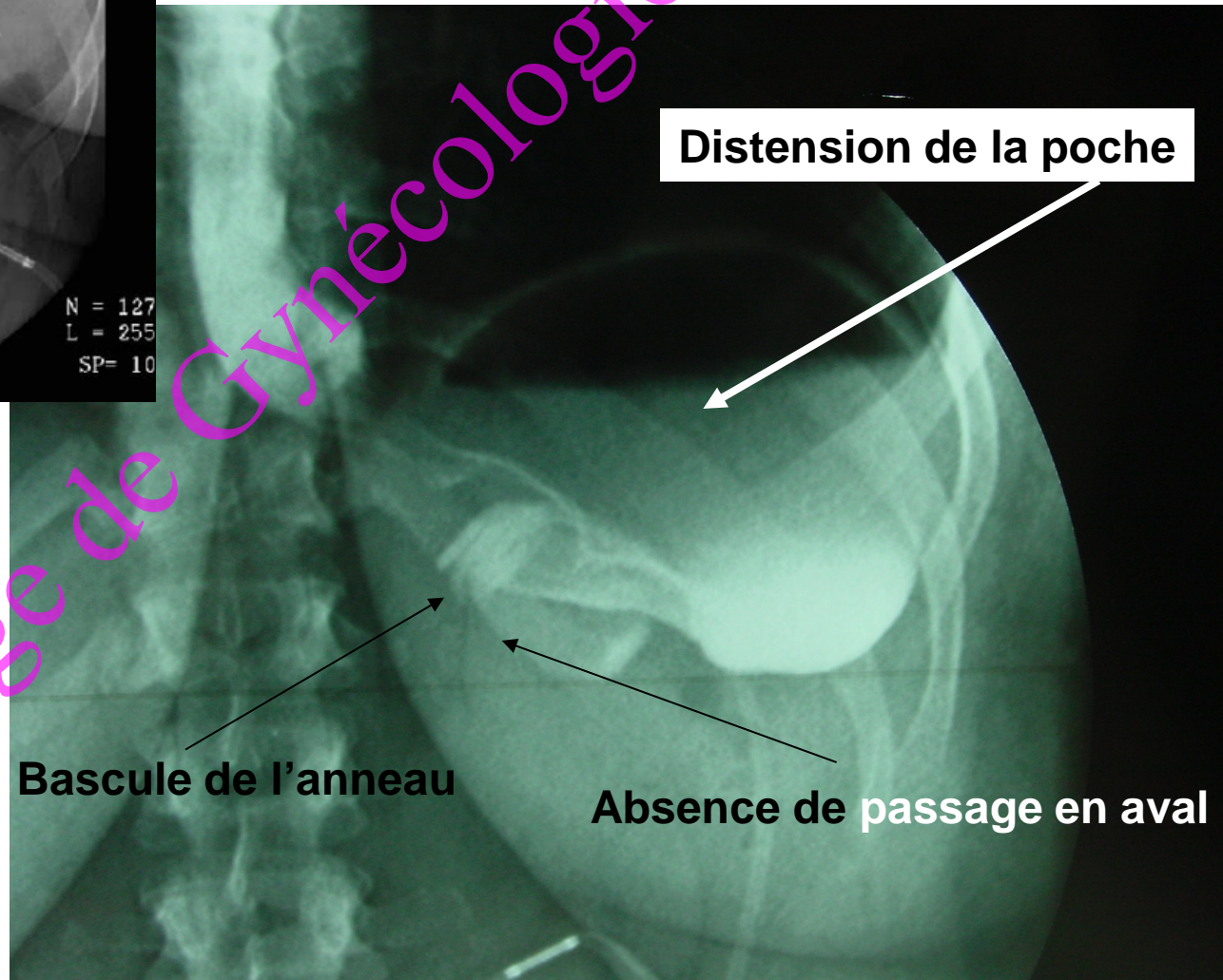
Anneau en position normale



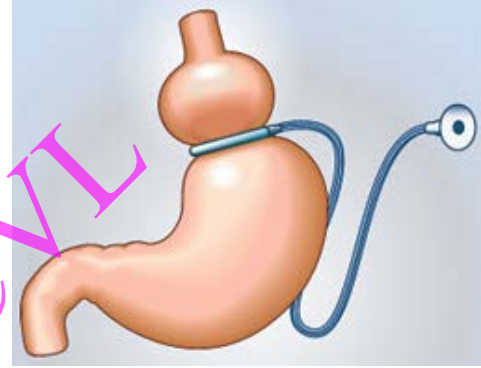
Collège de Gynécologie CVM



Dilatation gastrique sur anneau, Pr S. Msika



Anneau Gastrique



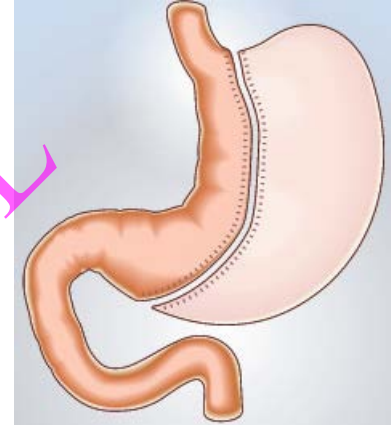
Les indications formelles de desserrage d'anneau sont
une prise de poids inadaptée,
un retard de croissance intra-utérin
vomissements

Tableau 2 - Recommandations de prise de poids pendant la grossesse ^[15]

BMI (kg/m ²)	Prise minimum (kg)	Prise maximum (kg)
<20	11,5	18
19-26	11,5	15,5
26-29	7	13
29-35	7	13
>35	0	13

[15] Institute of Medicine Washington: National Academy Press (1990).

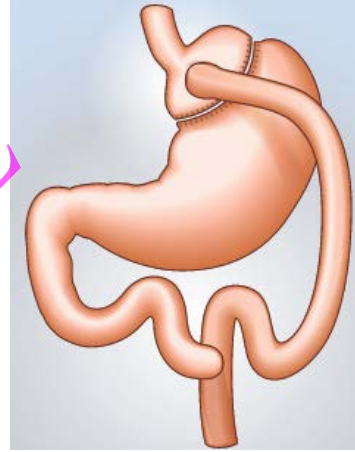
Sleeve Gastrectomy



- Montage qui augmente le reflux acide.
- Pas de risque carenciel spécifique
- A l'inverse du *by pass* pas d'hernie interne.

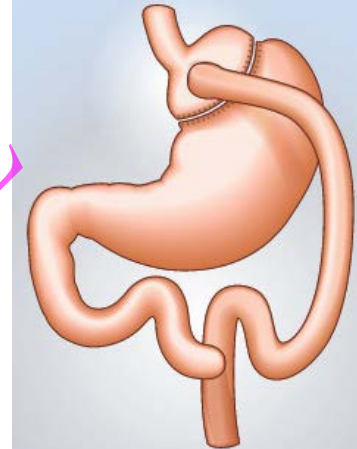
Collège de Gynécologie CVL

Gastric By Pass



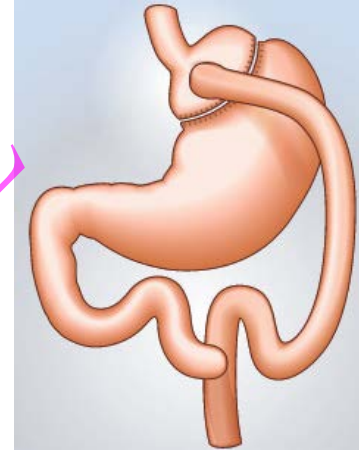
- Dumping syndrom : malaise provoqué par l'arrivée brutale des sucres dans l'intestin.
- Pas d'épreuve d'HGPO
- Risque carenciel lié à la malabsorption :
 - Fe, B1, 9, 12, D, Ca
 - Hypoalbuminémie sans hypoprotidémie

Gastric By Pass & Occlusion



- Méfiance devant les symptômes habituels de toute grossesse : nausées, reflux, constipation, intolérance alimentaire
- Vomissements - impossibles - rassurant?
- Un examen obstétrical normal doit amener à un avis chirurgical qui recherchera un sd occlusif (rare mais grave) par hernie interne, volvulus ou invagination intestinale

Gastric By Pass & Occlusion



Anse bilio
pancréatique
75cm

Anse
alimentaire
150cm

Anse
commune

Du siège de
l'occlusion
dépendent les
symptômes.

Collège de Gynécologie CML

PMA

Les pistes actuelles de la chirurgie métabolique en dehors des critères HAS:

(Acad. Nat. Chir. et Acad. Nat. Méd. 2012)

- *1. diabétiques de type 2, mal équilibrés, à risque de complications, malgré un suivi hygiéno– diététique et pharmacologique attentif ;*
 - *2. adolescents diabétiques de type 2, mal équilibrés, obèses, après exclusion des troubles du comportement alimentaire ;*
 - *3. femme obèse en traitement adjuvant pour une procréation médicalement assistée ;*
 - *4. sujets présentant un syndrome métabolique avec un risque évolutif vers un diabète et des complications cardiovasculaires.*
-
- *Pas de preuve, Sleeve ou By Pass. SOPK ?*

Conclusion

- Anticiper :
 - choix du mode de contraception, à débiter dès que le projet chirurgical est confirmé
 - programmer la (les) grossesse (s)
- www.has-sante.fr