



l'événement

PÉRINATALITÉ

Chirurgie bariatrique : la grossesse reste à risque

DOSSIER RÉALISÉ PAR IRÈNE DROGOU



Un délai de 12 mois est recommandé
entre la chirurgie et une grossesse

GABRIELLE

Les conséquences sur la grossesse de la chirurgie bariatrique sont nuancées. Un webinar organisé par la Société française de médecine périnatale a fait le point sur ce sujet d'actualité, alors que près de 80 % des candidats opérés sont des femmes, âgées en moyenne de 35 ans.

Avec environ 6 000 grossesses après chirurgie bariatrique par an en France, les praticiens sont amenés à en rencontrer et à en suivre de plus en plus. Mais qu'en sait-on ? « *L'issue est plutôt favorable avec moins de macrosomie et de pathologies maternelles mais les grossesses sont à risque (grade B) quel que soit le type d'intervention chirurgicale* », explique la Dr Cécile Ciangura, endocrinologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP) et coordonnatrice des recommandations Baria-MAT. Alors que le risque de plus petit poids gestationnel (<10^e percentile) est doublé et celui de prématurité légèrement augmenté, « *Il est essentiel de définir le parcours avec un suivi multidisciplinaire coordonné par un obstétricien* », insiste-t-elle, rappelant le risque d'hypoglycémie et de carences avec retentissement sur la croissance fœtale.

« *On insiste auprès des patientes pour qu'elles signalent l'antécédent de chirurgie bariatrique car bien souvent, quand l'intervention est loin derrière elles et que tout va mieux, elles oublient de le mentionner* », souligne l'endocrinologue. Le médecin traitant doit absolument en être informé, car à dix ans, beaucoup de femmes ne sont plus suivies qu'en médecine de ville. Les enjeux de la chirurgie bariatrique pour la périnatalité sont de taille : environ 80 % des candidats opérés en France sont des

l'événement

Il est essentiel de définir le parcours avec un suivi multidisciplinaire coordonné par un obstétricien

Dr Cécile Ciangura

Endocrinologue
à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

femmes, âgées de 35 ans en moyenne, avec de plus en plus de jeunes adultes et d'adolescentes. Si les analogues du GLP-1, encore non remboursés dans l'obésité, vont entrer dans l'équation, soit pour perdre du poids, soit pour maintenir l'amaigrissement obtenu, « la chirurgie bariatrique reste à ce jour le médicament le plus efficace pour perdre du poids en cas d'obésité morbide selon l'Organisation mondiale de la santé (1998) », rappelle la Dr Pauline Duconseil, chirurgienne viscérale à Marseille. La chirurgie est indiquée pour un indice de masse corporelle (IMC) > 40 ou d'IMC ≥ 35 avec comorbidités, en seconde intention après échec du traitement médical bien conduit pendant six mois.

Par ailleurs, la chirurgie présente des bénéfices pour la santé reproductive des femmes avec une amélioration de la fertilité, en particulier dans le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), une diminution des pathologies maternelles (hypertension artérielle, diabète) mais aussi une baisse de la macrosomie. Et sans que ne soit observé d'excès de risque de fausses couches, césariennes ou malformations. À tel point que « la Haute Autorité de santé (HAS) a introduit de nouvelles comorbidités dans ses recommandations de 2024, rapporte la Dr Duconseil. À savoir le SOPK, l'infertilité avec projet d'aide médicale à la procréation, mais aussi l'éventration complexe et l'incontinence urinaire ».

Des différences entre sleeve et bypass ?

Quelle est l'influence du type d'intervention ? La sleeve, dont l'action est essentiellement restrictive et non malabsorptive, est de loin la technique la plus utilisée avec une augmentation exponentielle dans le monde, y compris en France avec 30 000 à 40 000 interventions par an, soit deux tiers des interventions. Dans le même temps, le recours au bypass gastrique reste constant, quand l'anneau gastrique est en chute libre. « Pourtant il n'y a pas de type de chirurgie à privilégier », assure la Dr Duconseil, rappelant que la décision est prise en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Une étude française d'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) français et publiée dans le *Jama Surgery* (1) a évalué la balance bénéfique/risque de la chirurgie bariatrique (sleeve ou bypass) sur une très large cohorte totalisant 53 000 femmes (dont 3 686 ont eu une grossesse avant et une après l'intervention) et 45 000 grossesses. Aucune différence n'est ressortie entre sleeve et bypass pour le poids de naissance, la macrosomie et le petit poids pour l'âge gestationnel. Mais

l'étude a mis en évidence un poids de naissance de 3,1 kg pour une grossesse après chirurgie versus 3,4 kg avant, un taux de petit poids pour l'âge gestationnel de 15,12 % versus 5,76 %, une macrosomie de 4,98 % versus 19,14 %, ainsi qu'une prématurité un peu augmentée à 7,6 % versus 6,3 %.

Il existe néanmoins des différences pour ce qui est du risque des carences vitaminiques et nutritionnelles, plus élevé avec le bypass. Un élément à avoir en tête lors d'une grossesse : la supplémentation vitaminique est à vie pour le bypass, et au moins la première année pour la sleeve. Pour toutes les chirurgies, le suivi postopératoire est nécessaire à vie, à la fréquence d'une consultation tous les cinq ans à terme, à la fois pour les résultats chirurgicaux et la détection des carences.

Dépister et surveiller le diabète

Quand est-il possible d'envisager une grossesse après l'intervention ? « Le délai doit être d'au moins douze mois avec une relative stabilité pondérale, explique la Dr Duconseil. Idéalement la grossesse doit être programmée. » Un atelier « grossesse après chirurgie bariatrique » peut être proposé six à neuf mois après l'intervention. Dès le pré-opératoire, une contraception efficace est à mettre en place en privilégiant « les contraceptions réversibles à longue durée d'action (implant microprogestatif, DIU cuivre ou au lévonorgestrel) », conseille la chirurgienne, qui rappelle de garder à l'esprit le risque de migration du DIU après amaigrissement. Quant aux œstroprogestatifs, la vigilance est de mise car ils sont contre-indiqués en cas d'un facteur de risque en plus de l'obésité.

Un raccourcissement du délai pour la grossesse est néanmoins possible en fonction de l'âge maternel et de la réserve ovarienne,

nuance la Dr Duconseil : « Si le délai est de moins d'un an, la surveillance nutritionnelle et obstétricale est à renforcer avec une consultation préconceptionnelle ». Seront évalués les comorbidités liées à l'IMC ou à l'obésité (HTA, diabète prégestationnel, syndrome d'apnées du sommeil), les signes de dénutrition et de carences pour un ajustement des compléments (acide folique 0,4 mg par jour avec supplémentation multivitaminique adaptée) ; les objectifs de prise de poids seront détaillés, et les interlocuteurs identifiés.

Une vigilance particulière est de mise pour le diabète, qui doit être dépisté au mieux en préconceptionnel ou au premier trimestre en associant glycémie à jeun (GAJ) et HbA1c « car certaines femmes ayant eu un bypass ont une GAJ basse mais des glycémies qui vont s'élever au cours de la journée », précise la Dr Ciangura. Entre 24 et 28 semaines, si l'hyperglycémie par voie orale à 75 g de glucose n'est pas tolérée ou en cas de chirurgie malabsorptive, il est possible de remplacer l'examen « par un cycle glycémique capillaire sur une semaine ».

Une échographie supplémentaire à 37 SA

Pour toutes les grossesses après chirurgie bariatrique, une échographie de croissance supplémentaire est recommandée à 37 semaines d'aménorrhée (SA), pour repérer les bébés trop petits. Pour les femmes qui présentent une obésité sévère après la chirurgie (IMC > 35 kg/m²), il faut s'assurer que l'équipement de la maternité est adapté. Une consultation avec un diététicien est systématique en début de grossesse puis selon les besoins, un suivi avec un nutritionniste est recommandé une fois par trimestre. Les urgences chirurgicales sont rares mais les douleurs abdominales ne doivent pas être banalisées : « Penser à demander un avis en urgence », souligne la Dr Duconseil expliquant que le chirurgien peut être amené à intervenir, notamment en cas d'anneau gastrique ou de bypass (risque accru d'occlusion par hernie interne).

Un suivi psy (lire page 12) est à proposer en cas d'angoisses de prise de poids. En l'absence de recommandations pour la supplémentation du nouveau-né, le pédiatre doit être averti que la maman a été opérée et le cas échéant si elle a présenté des carences (lire page 12). La prise en charge est multidisciplinaire, et en cas de difficultés, « il ne faut hésiter à adresser dans des maternités adaptées ».

De nombreuses questions restent en suspens. L'étude Numasurg portée par l'Inserm et le réseau Force (F-Crin) vise à préciser les marqueurs nutritionnels maternels pendant la grossesse et le devenir de l'enfant. **Dr I.D.**

Quelle supplémentation ?

Quel que soit le type de chirurgie, la supplémentation doit être quotidienne, multivitaminique, riche en zinc (10 mg/jour) et en cuivre (1 mg/jour), pauvre en vitamine A (< 5 000 UI/jour) avec de l'acide folique à 0,4 mg/jour pendant les trois premiers mois.

l'événement

Un suivi psy « si besoin » ?

La grossesse après chirurgie bariatrique peut raviver des problématiques de santé mentale liées au poids. Un suivi psychologique et psychiatrique est recommandé « si besoin ». Encore faut-il questionner les femmes.

Une grossesse après chirurgie bariatrique est associée à un risque de dépression et d'anxiété plus élevé qu'en population générale. « Un dépistage est nécessaire, explique la Dr Louise Avenet, psychiatre à l'hôpital Louis-Mourier (Colombes). Il est important de croiser les regards - chirurgien, nutritionniste, gynéco-obstétricien - et de dégager du temps pour la surveillance ».

Alors que la chirurgie bariatrique entraîne moins de dépression et d'anxiété à deux ans, la grossesse peut raviver la peur de prendre du poids. Le vécu des modifications corporelles est à surveiller, « des troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent apparaître en péripartum, entraînant honte, culpabilité, stigmatisation », rapporte la psychiatre. La grossesse est plus à risque sur le plan médical, ce qui est aussi anxiogène, « surtout s'il y a eu un parcours d'assistance médicale à la procréation long », note la spécialiste.

Ce d'autant que, malgré un temps de préparation avant la chirurgie bariatrique, peuvent persister des conflits psychiques non résolus (psychotrauma, attachement, estime de soi). « Le temps du psychisme n'est pas le plus facile à programmer, cela peut nécessiter un accompagnement des années durant », insiste-t-elle, sachant que la chirurgie bariatrique en elle-même est associée à un risque augmenté de suicide à huit ans, et d'automutilation et de TCA à plus de trois ans (anorexie mentale, purge, dumping).

Autre source d'inquiétude : la transmission de l'obésité à l'enfant, et en particulier l'alimentation et la prise de poids du bébé. « L'orthorexie, dont les femmes ont parfois besoin, peut être pourvoyeuse de troubles du comportement chez l'enfant, indique la Dr Avenet. Les patientes ayant suivi de multiples régimes sont en manque de repères ». Pour la psychiatre, il est intéressant de questionner aussi l'image que la femme a du corps de son petit. « Des mamans disent trouver le bébé "potelé" : est-ce une représentation positive ou négative ? », illustre-t-elle. Un



stress supplémentaire peut être lié au désir de perfectionnisme dans la parentalité, un trait de personnalité souvent retrouvé avec l'orthorexie. « Cela peut entraîner un trouble de la gestion des émotions : comment gérer les enfants qui disent non, qui refusent de manger ? Ce peut être un levier de motivation à se tourner vers les soins ».

Inciter à venir consulter avec le bébé

Alors qu'à deux ans, 50 % des patientes échappent au suivi post-chirurgical, comment les suivre ? « Orienter vers un réseau de périnatalité permet de créer une nouvelle relation thérapeutique autour du bébé et de la maman dans la bienveillance, plaide-t-elle. Cela décentre du risque de prise de poids. Avant, on préconisait de ne pas prendre plus de huit kg pendant la grossesse, maintenant on invite à se décentrer, cela diminue l'anxiété et limite ainsi le risque de décompensation psychiatrique. Ce peut être l'occasion de reprendre un suivi nutritionnel et psy. »

Les équipes peuvent se former et la psychiatre donne quelques conseils. « Un score de dépression et d'anxiété est utile, mais il est déjà très informatif de poser deux trois questions : "avez-vous peur de prendre du poids, voulez-vous consulter, avez-vous une image corporelle qui vous pose problème", explique-t-elle. Il ne faut pas avoir peur de poser des questions clairement : "avez-vous déclenché des vomissements ? Est-ce une idée ?" ». Les femmes, accaparées par le nourrisson, renoncent souvent aux soins. « Il faut les inviter à venir en consultation avec leur bébé, les PMI ont cet avantage d'accueillir le couple mère-enfant », ajoute-t-elle, conseillant de réadresser les femmes à risque psychologique pour un suivi à leur psychologue si elles en ont un ou à celui de la maternité, de la PMI ou du centre médico-psychologique. Dr I. D.

Pour les enfants, du cas par cas

Quels effets de la chirurgie bariatrique (CB) maternelle chez l'enfant ? « Le risque de petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) avec ou sans retard de croissance intra-utérin (RCIU) est multiplié par deux, la prématurité augmente modérément, mais le risque de macrosomie diminue », résume la Pr Géraldine Gascoin, pédiatre au CHU de Toulouse, citant les recommandations Baria-MAT. Si les carences maternelles vitaminiques et en micronutriments sont l'une des hypothèses pour expliquer la moins bonne croissance foetale, le lien de causalité avec celles de l'enfant n'a pas été établi. Et à ce jour, il n'existe pas de recommandations ni pour la supplémentation ni pour la surveillance à court et moyen termes des nourrissons nés après CB.

« Le pédiatre doit être informé de l'antécédent maternel de CB, explique la chercheuse. Si la mère a présenté des carences profondes pendant la grossesse, il semble raisonnable de donner une supplémentation ADEC et vitamine K au nourrisson, mais on ne peut pas généraliser. C'est une discussion au cas par cas ».

La CB permet-elle d'arrêter le cercle vicieux transgénérationnel de l'obésité ? Les études tempèrent les attentes. « Il existe un risque de surpoids et d'obésité dans l'enfance : la courbe de croissance s'accélère très tôt dès le suivi à deux ans », indique-t-elle.

Les stress environnementaux (obésité, RCIU, perturbations hormonales, etc.) lors de la grossesse semblent modifier la programmation foetale vers un phénotype d'épargne, inadapté en postnatal. « Les nouveau-nés avec PAG et RCIU qui ne viennent pas d'une CB ont aussi cette trajectoire-là », souligne la pédiatre.

Le comportement alimentaire familial semble jouer aussi un rôle. « Il ressort une plus forte consommation de boissons sucrées faibles en calories avec moins de jus de fruits, et plus globalement un évitement du sucre, qui correspond aux habitudes maternelles », décrit la Pr Gascoin. Les enfants peuvent présenter une sélectivité alimentaire, une néophobie et un rapport à la nourriture perturbé.

Que dire alors aux mamans ? « Entre facteurs génétiques, environnementaux, épigénétiques et grossesse compliquée, il est difficile de faire la part des choses, nuance la pédiatre. La chirurgie corrige des comorbidités mais en génère d'autres. Il y a encore beaucoup de choses que l'on ne connaît pas. Le suivi est capital ».