

Complications obstétricales et néonatales après chirurgie par bypass gastroduodénal versus chirurgie par sleeve gastrectomie

Léa JOFFRE¹, Valérie BLAIZE-GANERAUD¹, Pierre JESUS^{2,3,4}, **Philippe FAYEMENDY**²

¹ Ecole de sages-femmes, CHU de Limoges

² Unité de Nutrition et Centre labellisé de NPAD, CHU de Limoges

³ Inserm 1094 EpiMaCT / IRD U270, Faculté de Médecine, Limoges

⁴ CSO, CHU de Limoges



Forum CSO du Limousin

Mercredi 18 décembre 2024



Conflits d'intérêt

Expertise, orateur, communications diverses :

→ Theradial, Nutricia, Nestlé, B-Braun, Fresenius-Kabi, NHC

Aide à la participation de formation/congrès :

→ Theradial, Nutricia, Lactalis, B-Braun ,Fresenius-Kabi, NHC, Suivi-Santé

Introduction

Presque 1 français sur 2 en situation de surpoids ou d'obésité

IMC compris entre 30 et 40 → 17%

Prévalence de l'obésité massive → +0,8% entre 2012 et 2021

Prévalence de l'obésité : 17,4% des femmes vs 16,7% des hommes

Femme en âge de procréer :

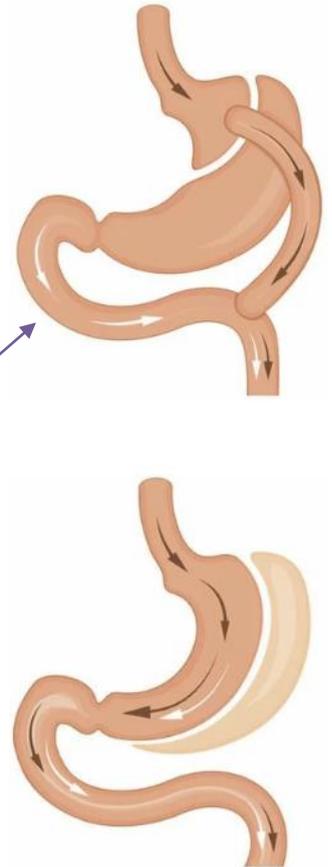
- 18-24 ans : 9,2%
- 25-34 ans : 13,8%
- 35-44 ans : 16,7%

Enquête ObEpi-Ligue, 2021

Chirurgie bariatrique
= alternative à la prise en charge médicale

- Anneau gastrique : 5%
- Bypass gastrique (BP) : 23%
- Sleeve gastrectomie (SG) : 72%

HAS 2016. Gaspar-Figueiredo S, 2022



Peu d'études comparent la fréquence des complications obstétricales ou néonatales selon ces deux chirurgies

Objectifs de l'étude

Objectif principal

Comparer le taux de complications obstétricales et néonatales après recours à l'une ou l'autre technique chirurgicale bariatrique

Objectif secondaire

Identifier des facteurs liés aux complications obstétricales et néonatales dans chaque groupe de chirurgie

Méthodes

Type d'étude

Étude rétrospective, descriptive et comparative monocentrique sur dossiers à partir des logiciels Filemaker® et Crossway®

Inclusions

- Femmes enceintes, antériorité de BP ou SG
- Grossesse unique spontanée ou non
- Suivi et accouchement à l'Hôpital Mère Enfant du CHU de Limoges entre février 2021 et septembre 2023

1er groupe : SG

2è groupe : BP

Données

- Générales
- Nutritionnelles
- En rapport avec la chirurgie bariatrique
- Obstétricales
- Néonatales

Analyse

- Expression des résultats : moyenne (ET) et %
- Analyse comparative → Tests de Student, Chi-2, Fisher
- Association ? → Régression logistique (OR)
- Seuil de significativité : $p < 0,05$

Résultats (1)

1er groupe : SG
→ 58 patientes

2è groupe : BP
→ 24 patientes

→ 2 groupes **comparables** selon certaines caractéristiques :

Grossesse

- Age au cours de la grossesse
- Parité
- Délai chirurgie/grossesse

- Mode de début de grossesse
- Terme de l'accouchement

Proche des données
de la littérature

Goetz A, 2011

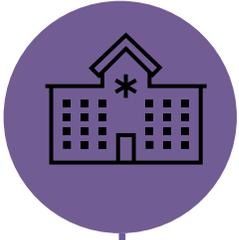
Chirurgie bariatrique

- Pathologies/comorbidités avant chirurgie et après chirurgie
- Perte pondérale après chirurgie
- Suivi nutritionnel/endocrinologique effectif régulier post chirurgie → SG : 50,9% - BP : 45,5%
- TTT en rapport avec la chirurgie avant grossesse
 - IPP → 12,5% pour les 2 groupes
 - Vitamines + OE → SG : 14,3% - BP : 12,5%
 - Vitamines seules (ex: vit D) → SG : 7,1% - BP : 12,5%
 - Supplémentation martiale → SG : 3,6 % - BP : 8,3%



Résultats (2)

Groupe Sleeve gastrectomie



Tabagisme actif

→ Avant grossesse
33,3% vs 12,5% (p = 0,061)

→ Pendant grossesse
22,8% vs 4,2% (p = 0,055)

IMC > 25 avant grossesse
81,0% vs 62,5% (p = 0,094)

Reprise de poids après
chirurgie
15,7kg vs 11,3kg (p = 0,093)



Prise d'IPP pendant la grossesse

48,3% vs 20,8%
p = 0,018

Fortement associé
au statut « SG »
OR = 3,7 [1,2-11,2]



Césarienne

20,7% vs 4,2% (p = 0,095)

Fortement associé à l'âge

→ ≥ 40 ans vs 35-39 ans

OR = 7,0 [1,0-47,4]

→ ≥ 40 ans vs 25-34 ans

OR = 7,1 [1,2-43,9]

Fortement associé au
tabagisme avant la grossesse
OR = 5,2 [1,3-20,5]



Périnées intacts

48,2% vs 25,0%, p = 0,006

Associé au statut « SG »

OR = 4,4 [1,5-13,3]

Associé à la parité

→ Multipares (≥3) vs
primipares

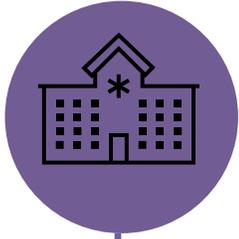
OR = 4,2 [1,1-16,0]

→ Multipares (≥3) vs 2è
pares

OR = 3,4 [1,1-10,4]

Résultats (3)

Groupe Bypass



Fausses couches spontanées

29,0% vs 13,0% (p = 0,061)

Associées au statut « BP »

OR = 3,6 [1,3-10,2] → Carences ?
Benamar A, 2012

Infections urinaires à répétition

25,0% vs 10,3% (p = 0,094)

Déclenchement du travail

41,7% vs 24,1% (p = 0,091)

Périnée superficiel

51,2% vs 25,9% (p = 0,057)

Prise d'antibiotiques pendant la grossesse

33,3% vs 6,9%

p = 0,0047

Fortement associé au statut « BP »

OR = 6,6 [1,8-24,9]

Rupture après 37 SA

29,2% vs 5,2%

p = 0,003

Fortement associé au statut « BP »

OR = 7,6 [1,8-32,4]

Lactates > 5

33,3% vs 10,0%
(p = 0,0033)

Fortement associé au statut « BP »

OR = 4,5 [1,2-16,3]

Résultats (4)

Focus « Suivi post chirurgie bariatrique »



Un suivi spécialisé
insuffisant...

45,5% de femmes suivies
dans le groupe BP

50,9% dans le groupe SG

→ + d'une sur 2 SANS suivi!



... qui semble avoir des **conséquences** !

→ Malformations à la naissance : 11/82 → **13,4%**

> aux données de la littérature : **4,1%**

Josefsson A, 2013

SG : 10,3% - BP: 20,8% (NS)

Association très
forte entre
malformations
néonatales et
absence de suivi

OR = 9,5 [1,3-80,1]

Type de malformations	n
Cardio-vasculaires	3
Rénales (pyelectasie, sd polymalformatif, mega-uretère)	4
Cérébrales	1
En rapport avec des trisomies (9,18 ou 21)	3

Discussion



- Peu d'études antérieures
- Recours à 2 logiciels sources pour le recueil
- Possibilité de sensibilisation du personnel de l'HME



- Faible effectif → Manque de puissance
- Données manquantes :
 - Dossiers de transferts néonataux non consultables
 - Lieu de suivi post-chirurgie bariatrique

Perspectives



Parcours coordonné entre l'HME et le CSO



Suivi coordonné par un gynécologue-obstétricien (pas seulement par SF)



Suivi nutritionnel et/ou endocrinologique systématique



Bilan biologique nutritionnel systématique en début de grossesse (carences?)



Échographie surnuméraire entre le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre ? Systématique par un référent ?

Conclusion

- Type de chirurgie bariatrique, SG ou BP
 - Semble influencer la survenue de certaines complications obstétricales ou néonatales
- Malformations à la naissance : fréquentes
 - Semblent être liées à l'absence de suivi médical spécialisé post chirurgie bariatrique
- Grossesse après chirurgie bariatrique = **grossesse à risque**
 - Nécessité d'un suivi pluridisciplinaire
 - Professionnels de l'obstétrique : Sages-femmes ET Gynécologue
 - Professionnels de la nutrition

Merci de votre attention

