

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Date de validation : 06/2025

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
2		Rapporteur Dr Emmanuelle LESIEUR	Groupe de relecture régional	Conseil scientifique

Eli se sentit très peiné en entendant ça. Il laissa alors son corps se coller complètement à celui de Saskia et ses bras la serrèrent fort. Il posa un doux baiser dans sa nuque, puis un second avant de garder le silence. Il n’y avait rien à dire à ce genre de chose. Cecilia manquait à Saskia mais rien ne pouvait la faire revenir. C’était bien ça la frustration. ‘Est-ce qu’il y a quelque chose qui pourrait te faire sentir mieux ? Est-ce que tu veux parler d’elle ou voir des photos ou autre chose ? Dis-moi.’
 Peut-être qu’elle n’en savait rien elle-même mais il pouvait au moins demander.

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu’une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier. »

I. OBÉSITÉ ET GROSSESSE

1. DÉFINITIONS, EPIDEMIOLOGIE ET RISQUES ASSOCIÉS

a. Définitions et épidémiologie

La mesure de l’Indice de Masse Corporel (IMC) permet d’estimer et classer un surpoids ou une obésité :

- IMC > 25kg/m² : surpoids
- IMC ≥ 30 kg/m² : obésité de grade I
- IMC ≥ 35kg/m² : Obésité sévère (grade II)

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

- IMC \geq 40 kg/m² : Obésité morbide (grade III)
- IMC \geq 50 kg/m² : Obésité supra-morbide.

L'IMC qui doit être pris en compte, pour l'évaluation des risques, est celui du début de grossesse.

Les risques augmentent de manière linéaire à partir d'un IMC de grade I.

Il existe actuellement une augmentation du surpoids et de l'obésité. En 2021, 23 % des femmes étaient en surpoids contre 19,9 % en 2016, et 14 % étaient obèses contre 11,8 % en 2016 (enquête périnatale 2021).

b. Risques associés

▪ Autour de la Conception

- Diminution de la fertilité
- Augmentation du risque de fausse couche précoce

▪ Pendant la grossesse

- Complications maternelles :
 - Augmentation du risque de survenue d'une HTA gravidique / pré éclampsie (x 2 à 3)
 - Augmentation du risque de survenue d'un diabète gestationnel (X 3,6)
 - Augmentation du risque de survenue d'un évènement thromboembolique (x 3)
- Complications fœtales :
 - Augmentation du risque de malformations congénitales : anomalies de fermeture du tube neural, omphalocèles, cardiopathies, syndromes polymalformatifs
 - Augmentation du taux de macrosomie fœtale
 - Augmentation de la mortalité périnatale (MIU et décès néonatal précoce)

▪ Pendant le travail et post partum

- Difficulté de mise en place des voies d'abord
- Difficulté monitoring maternel et fœtal
- Augmentation du risque d'extractions instrumentales
- Augmentation du risque de césarienne
- Augmentation du risque d'anoxie périnatale
- Augmentation du risque de complications anesthésiques : échec d'APD, intubations plus difficile.
- Augmentation du risque d'HPP, d'infections urinaires, d'infections de parois en cas de césarienne, de complications thromboemboliques.

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

2. PRISE EN CHARGE AU COURS DE LA GROSSESSE D'UNE PATIENTE EN SITUATION D'OBÉSITÉ

a. Généralités

En cas d'obésité, surtout à partir du grade III, une anticipation du lieu d'accouchement doit être réalisée afin de réduire le risque de transfert en urgence en fin de grossesse.

Le lieu d'accouchement d'une parturiente obèse est à adapter en fonction de plusieurs critères :

- Le choix de la patiente/du couple ;
- L'âge gestationnel et l'estimation du poids fœtal (maternités de niveau I, II ou III) ;
- L'existence d'anomalies fœtales ;
- La présence de comorbidités associées ;
- Les ressources techniques, humaines et organisationnelles dont disposent la maternité choisie.

Pour prendre en charge la patiente en fonction de ses mensurations et de son poids :

Le dispositif technique doit comprendre les points suivants :

- Brassard du tensiomètre de taille adaptée
- Table d'examen / lits électriques / tables d'opération / fauteuils roulants adaptés
- Brancard adaptés
- Matériels d'analgésie locorégionale appropriés
- Chambres d'hospitalisation adaptées
-

En général :

- Un lit classique d'hôpital supporte généralement jusqu'à 200 kg,
- Une table d'opération conventionnelle peut supporter un maximum de 160 kg.

La consultation d'anesthésie doit être précocement mise en place et doit avoir lieu dans la maternité dans lequel l'accouchement est organisé.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

Si la patiente présente un antécédent de chirurgie de l'obésité, une prise en charge pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, endocrinologue et équipe de nutrition) est recommandée au cours de la grossesse.

b. Dépister les comorbidités associées et mettre en place les praticiens nécessaires

Un accompagnement multidisciplinaire est à privilégier : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, psychologues / psychiatres, diététicien, nutritionniste, endocrinologue, sages-femmes hospitalière, libérales et PMI, ainsi que les assistantes sociales.

Il existe souvent des facteurs psychiques associés à l'obésité : antécédents obstétricaux traumatiques, isolement social, possible maltraitance, violences conjugales, addictions, existence d'un conflit social ou familial.

Une évaluation par un diététicien et/ou nutritionniste au cours de la grossesse est conseillée : une recherche des différentes carences est nécessaire (B9 et B12 notamment) avec adaptation des suppléments.

c. Prise en charge

1. Clinique :

- Prise de poids mensuelle contrôlée (9 kg maximum au total sur la grossesse)
- Prise des TA avec brassard tensionnel adapté

2. Biologie :

- Bilan standard de début de grossesse
- Glycémie à jeun
- Si absence de contre-indication : HGPO 75 g de glucose entre 24 et 28 SA

A noter :

- **Si impossibilité (nausées, vomissements) ou contre-indication (antécédent de sleeve ou by pass) à la réalisation d'une HGPO** : réaliser une mesure des glycémies capillaires pendant une semaine, avant chaque repas (objectif < à 0,95) et 2h après chaque repas (objectif < 1,20)
- **En cas d'HbA1c supérieure à 5,9 %**, il existe une augmentation du risque d'anomalies congénitales, de pré éclampsie, et de morbi-mortalité périnatale.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

3. Échographies obstétricales

- Échographie T1 par voie sus pubienne +/- endovaginales
- Échographies intermédiaires préconisées : autour de 18 SA et autour de 28 SA
- Échographie T2 à réaliser plutôt autour de 24 SA (plutôt que 22 SA)
- Échographie T3 à réaliser plutôt autour de 34 SA (plutôt que 32 SA)

4. Mesures associées

- Supplémentation par acide folique dès le premier trimestre (Acide folique 0,4)
- Bas de contention de grade II dès le début de la grossesse
- Organiser une consultation de diététique
- La consultation d'ARE doit être précoce avec pose d'APD recommandée

5. Accouchement

Information précoce des complications liées à l'accouchement : risque majoré de DDT, d'échec de déclenchement, travail long, césarienne en urgence.

En cas d'utérus cicatriciel et IMC > à 50 : la pertinence de la tentative de voie basse doit être rediscutée.

Pour les présentation du siège, les recommandations nationales du CNGOF de l'accouchement du siège chez la patiente obèse doivent être respectées.

En cas de césarienne :

- Installation en léger DLG et proclive
- Veiller au risque de compression des points d'appui,
- Choix de l'incision selon les données anthropométriques :
 - Abord transversal,
 - Pelvien, péri ou sus ombilical (en évitant d'inciser dans le repli sus symphysaire)
- Instruments d'extraction à disposition car fond utérin mal accessible,
- Appréciation de la tonicité utérine en per opératoire,

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

- Bénéfice du rapprochement sous cutané par points séparés résorbables (surtout si épaisseur > 4cm),
- Fermeture cutanée par points séparés,
- Pas de bénéfices du drainage.

6. Post partum

- Lever précoce
- Contention classe II au minimum 6 semaines
- Calcul du score thromboembolique
- Si indication d'anticoagulation :

Médicaments	< 50 kg	50-100 kg	100 – 150 kg	> 150 kg
Enoxaparine	20 mg 1/j	40 mg 1/j	40 mg 2/j	60 mg 2/j
Dalteparine	2500 unités 1/j	5000 unités 1/j	5000 unités 2/j	7500 unités 2/j
Tinzaparine	3500 unités 1/j	4500 unités 1/j	4500 unités 2/j	6750 unités 2/j

- Si réalisation d'une césarienne : soins de cicatrice à réaliser par une équipe rompue aux soins de cicatrice difficiles, du fait d'infections et de désunions plus fréquentes.
- Surveillance des complications psychologiques / psychiatriques du post partum : troubles anxieux, syndrome dépressif
- Contraception à adapter : il existe plus d'échec des pilules micro dosées, possibilité de diminution de l'effet du nexplanon, privilégier une contraception par DIU.

II. PARTICULARITÉ DES ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE ET GROSSESSE

Le délai recommandé entre une chirurgie bariatrique et une grossesse est de 12 mois minimum, lié au risque carenciel élevé.

1) ÉLÉMENTS DE VIGILANCE

a) En cas d'anneau gastrique ajustable

- Avis du chirurgien bariatrique à avoir au cours de la grossesse
- Être vigilant aux vomissements répétés et aux douleurs épigastriques d'apparition brutale.
- Pas d'indication de dégonflage systématique : à discuter avec le chirurgien si apparition de symptômes invalidants comme les vomissements répétés ou les blocages alimentaires.

b) En cas de by-pass

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

- Rechercher des signes de mauvaises tolérances : vomissements répétés, symptomatologie ulcéreuse, hypoglycémies répétées, symptomatologie d'occlusion intestinale.

Toute douleur abdominale et/ou vomissement inhabituel doit faire demander l'avis en urgence d'un chirurgien viscéral. Les patientes doivent avoir été informé pendant la grossesse de la possibilité d'apparition de ces signes au cours de la grossesse, et de la nécessité de consulter.

2) SURVEILLANCE MATERNELLE ET FŒTALE

- **Surveillance fœtale**

Augmentation du risque de PAG => échographie de croissance à réaliser autour de 36-37 SA

- **Surveillance maternelle (*ordonnance type en fin de protocole*)**

Bilan préconceptionnel

- NFS, plaquettes
- CRP
- TP, TCA
- Albumine
- Ionogramme sanguin
- Magnésémie
- Créatinine et clairance de la créatinine
- Ferritine, CST
- Calcémie, phosphorémie, Parathormone, 25-OH-vitamine D
- ASAT, ALAT, GGT, PAL
- Folates sériques et érythrocytaires
- Vitamine B12
- Zinc
- Vitamine B1, vitamine A
- Sélénium

Attention, le dosage de la vitamine B1 et du sélénium ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.

Bilan à chaque trimestre de la grossesse

- NFS, plaquettes
- CRP
- TP, TCA
- Albumine
- Ionogramme sanguin
- Magnésémie
- Créatinine et clairance de la créatinine
- Ferritine, CST
- Calcémie, phosphorémie, Parathormone, 25-OH-vitamine D

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

- ASAT, ALAT, GGT, PAL
- Folates sériques et érythrocytaires
- Vitamine B12
- Zinc

La patiente doit être suivie sur le plan nutritionnel par un médecin endocrinologue et une consultation de diététique est recommandée : Les déficits éventuellement identifiés sur le bilan seront corrigés.

3) DÉPISTAGE DU DIABÈTE GESTATIONNEL

- **En début de grossesse**

Glycémie à jeun (N< 0,92 g/l) et HbA1c (N<5,9%)

- **Entre 24 et 28 SA**

En cas de chirurgie malabsorptive, il existe un risque d'hypoglycémie, de dumping et de modification du profil glycémique si réalisation d'une HGPO à 75g de glucose.

Il est préconisé la réalisation d'une surveillance des glycémies sur une semaine : mesure des avant chaque repas (objectif < à 0,95) et 2h après chaque repas (objectif < 1,20)

4) SUPPLÉMENTATION (*ordonnance type en fin de protocole*)

- **Au cours de la grossesse**

- Supplémentation poly vitaminique type grossesse systématique
- En cas d'amaigrissement ou de prise de poids importante, orientation de la patiente en consultation de diététique ou consultation d'endocrinologie.
- Dépistage des carences (*ordonnance type*) : surtout fer (supplémentation fer 50 à 80 mg/j) et vitamine B12 (1000 ug par semaine PO) et orientation de la patiente si carences dépistées.

5) POST PARTUM

L'allaitement est recommandé, supplémentation identique à celle réalisée pendant la grossesse

Concernant le choix de la contraception dans les mois suivants le post partum

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

Tableau II. Choix des méthodes contraceptives en fonction des techniques chirurgicales.

	Anneau gastrique ajustable	Sleeve gastrectomie	Bypass gastrique en Y	Dérivation bilio-pancréatique	SADI	Bypass gastrique en oméga
Dispositifs intra-utérins au cuivre	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction
Dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction
Implant sous-cutané microprogestatif	Utilisable sans restriction	Utilisable sans restriction	Utilisable sans restriction	Utilisable sans restriction	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction
Microprogestatifs per os	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Discutables. Proposer une méthode barrière complémentaire	Non recommandés	Non recommandés	Non recommandés
Macroprogestatifs per os (hors AMM)	Utilisables sans restriction	Utilisables sans restriction	Discutables. Proposer une méthode barrière complémentaire	Non recommandés	Non recommandés	Non recommandés
Macroprogestatif injectable trimestriel	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1
Oestroprogestatifs per os	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Discutables si nombre de FDR CV ≤ 1. Proposer une méthode barrière complémentaire	Non recommandés	Non recommandés	Non recommandés
Oestroprogestatifs par voie transdermique	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisables si nombre de FDR CV ≤ 1
Oestroprogestatif par voie vaginale	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1	Utilisable si nombre de FDR CV ≤ 1

FDR CV (facteurs de risque cardiovasculaire) = obésité, âge ≥ 35 ans, dyslipidémie, diabète, migraines sans aura, tabagisme actif ; SADI : Single Anastomosis Duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy, AMM : autorisation de mise sur le marché.

REFERENCES

- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/rapport_-_surpoids_et_obesite_chez_la_femme_-_depistage_et_accompagnement_2025-02-27_11-33-25_955.pdf
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_935540/fr/grossesses-a-risque-orientation-des-femmes-enceintes-entre-les-maternites-en-vue-de-l-accouchement#:~:text=En%20cas%20d'ob%C3%A9sit%C3%A9%2C%20une,de%20la%20grossesse%20est%20recommand%C3%A9e.
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/ssp_-_surpoids_maternel_et_echographie_foetale.pdf
- OMS | Surpoids et obésité: définitions. WHO. World Health Organization; https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
- <https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/1-s2.0-s1957255719302123-main.pdf>

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

Groupe de travail

Participants :

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM
Pr Florence BRETTELLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco
Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Sergio ELENI DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice
Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM
Pr François POINSO (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Julie BLANC Gynécologue obstétricien APHM
Dr Joël NGUYEN Chef de service de pédiatrie néonatalogie CH Grasse
Dr Jean-Claude PICAUD Ancien chef de service de néonatalogie CHPG Monaco
Audrey REYNAUD Responsable des affaires scientifiques SOS PREMA
Dr Sophie TARDIEU PH santé publique, Chargée de mission Structure Régionale d'Appui PASQUAL
Dr Cynthia TRASTOUR Gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Philippe TRUC Responsable service médecine néonatale CH Toulon

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

Ordonnance type supplémentation

Ville, date

Nom, prénom de la patiente

A notifier : Antécédent de chirurgie bariatrique (type)

1/ **SPECIAFOLDINE 0.4 mg** : 1 cp par jour jusqu'à 12SA

2/ **AZINC FORME ET VITALITE**: 2 gel/j

3/ **FUMAFER 66 mg**: 1cp/j (au moins 2h après l'Azinc)

4/ **VITAMINE B12 1000 µG**: 1 ampoule à boire par semaine

QSP 1 mois

Dr

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

OBÉSITÉ ET ATCD DE CHIRURGIE BARRIATRIQUE

Ordonnance type dépistage carences

Ville, date

Nom, prénom de la patiente

Faire pratiquer au laboratoire, à jeun, en vue d'une grossesse post chirurgie bariatrique :

- NFS plaquettes
- Coefficient de saturation, ferritinémie
- Ionogramme sanguin
- Calcémie, phosphorémie
- Magnésemie
- GAJ, HbA1c
- 25 vit OH D, PTH
- Pré-albuminémie, albuminémie
- Vitamine A, B12, B9, B1*
- Zinc, sélénium*
- Si anémie au fer oral : cuivre
- Si points d'appel neuro ou carences multiples : vit K, C, E, PP, B6*

* : non remboursé