



## ALLAITEMENT ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

QUELS CONSEILS NUTRITIONNELS ?  
QUELLES SUPPLÉMENTATIONS ?  
MODALITÉS DE LA SURVEILLANCE ?

GYNAZUR 2019

S.Baeyens SF et S.Junay IPDE

Consultantes en Lactation, Pôle FME CHU de Nice

N.Djah IDE coordinatrice obésité et S.Riou psychologue

consultations chirurgie digestive, CHU de Nice

# NOS INTERROGATIONS...

- AM « bon » pour l'enfant ?
- Supplémentation maman ?
- Supplémentation BB ?
- Petit poids lié à la chirurgie ?
- Tous les bienfaits sont conservés ?



# PLAN D'INTERVENTION

- Parcours patient lors d'une chirurgie bariatrique : éclairage et regards croisés de la psychologue et de l'IDE coordinatrice
- Vignette clinique et échanges
- Synthèse des clés pour une surveillance optimale
- Essentiels à retenir



# INTERVENTION SOPHIE



# INTERVENTION NADÈGE



# ÉTUDES

- Pr Arnaud Basdevant, endocrinologue au CHU de la Pitié-Salpêtrière à Paris.
  - davantage de naissances prématurées chez les femmes ayant subi un by-pass ou la pose d'un anneau gastrique. Risque d'accoucher avant 37 semaines de grossesse multiplié par 2
  - deux fois plus de risque d'avoir un bébé de faible poids par rapport à son âge gestationnel.
  - En revanche, aucune différence n'a été détecté concernant les décès néonataux et intra-utérins.
- Par rapport aux risques qu'encourent les femmes obèses enceintes, les grossesses après chirurgie de l'obésité sont plus sûres.
- D'autres études ont montré qu'il y a moins de risque de diabète gestationnel, d'hypertension, de macrosomie, moins de complications obstétricales : donc bénéfiques extraordinaires !



# ÉTUDES

- **Grossesse après chirurgie bariatrique** : Lucie Favre, Muriel Clarisse, François P. Pralong, Michel Suter, Pierre Fournier, David Baud - Revue Médicale Suisse 2016; volume 12.606-610
  - informations rassurantes sur l'issue des grossesses après chirurgie bariatrique avec une réduction des risques habituellement observés lors de grossesses de femmes obèses.
  - augmentation du risque de retard de croissance intra-utérin particulièrement après RYGB.
  - les femmes opérées nécessitent une prise en charge pré conceptionnelle afin de corriger les éventuelles carences nutritionnelles.
  - Le suivi de la grossesse doit se faire avec une approche multidisciplinaire réunissant médecin, diététicienne, obstétricien et chirurgien bariatrique.



# ETUDES



- Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 44, n° 6, pages 496-502 (juin 2015)
- Depuis quinze ans, plus de 200 000 interventions de chirurgie de l'obésité, réalisées en France, en majorité chez des femmes.
- La grossesse chez la femme opérée de chirurgie bariatrique est devenue une **situation commune**. La chirurgie entraîne des **modifications nutritionnelles et digestives importantes** qui peuvent influencer ou être influencées par la grossesse.
- Le suivi de la « grossesse bariatrique » nécessite une approche pluridisciplinaire réunissant nutritionniste, obstétricien, anesthésiste et chirurgien.
- Si la chirurgie bariatrique réduit un certain nombre de risques obstétricaux liés à l'obésité massive, elle paraît associée à un **risque plus élevé de prématurité et plus de petits poids de naissance pour le terme**.
- Des complications chirurgicales peuvent survenir dont certaines peuvent mettre en jeu le pronostic vital (hernie interne).
- Le **risque de carences nutritionnelles** justifie un suivi médical et nutritionnel spécialisé.
- La réunion de compétences obstétricales, chirurgicales et médicales en un même site est **essentielle**.



# ILLUSTRATION D'UNE SITUATION CLINIQUE



*Mattia Pretti*



# SITUATION CLINIQUE : MAËLYS

- Maëlys N
- Mère âgée de 32 ans, G1 P0
- RPM à 26 + 2, hospitalisation en GRE
- Déclenchement à 37 SA, péri, VB rapide,
- Apgar 10 10 10
- PN : 1968 g, TN : 44,5 cm, PC : 31,5 cm
- Pas d'hospitalisation en médecine néonatale



## Courbe poids



### Alimentation et protocoles dextros

Aide mise au sein à J1 avec bout de sein + compléments lait pré systématiques

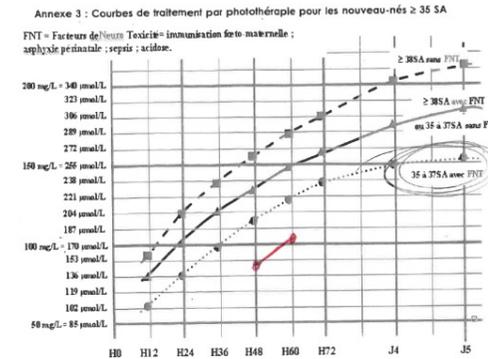
A J2 1<sup>ère</sup> expression TLE et compléments de LM + Pré. Stop mise au sein

A J4 : tire allaitement exclusif lait maternel

Glycémies normales

Demande d'attention ++

## Surveillance ictère



### Difficultés de prise en charge

Projet anténatal d'AM, exprimé pendant réunion en accompagnement parentalité ainsi que CS individuelle AM chez maman ATCD obésité et chirurgie SLEEVE

### Au total

Petit poids de naissance à 37 SA

Difficulté AM au sein (anatomie, besoin d'évaluer les quantités prises)

Sortie J8 à 38 SA à 1940 g.

CAT: SF lib et RDV ped à J15

# LE TEMOIGNAGE DE LA MAMAN

- Dommage une seule salle TLE
- Incohérence dans le discours
- Inquiétude par rapport aux besoins de ce petit poids
- Tire allaitement plus rassurant
- Actuellement exclusivement AM maternel au biberon



# DISCUSSION : PROBLÉMATIQUES ?



**Surveillez** **L'alerte jaune**  
**La couleur des selles** (caca) de votre bébé.

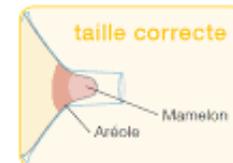
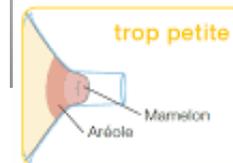
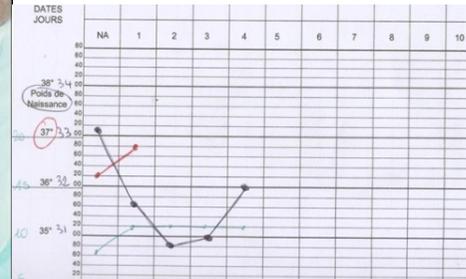
Comparez les selles de bébé (caca) avec la carte des couleurs

1 Jaune pâle  
2 Orange  
3 Blanc-rose  
4 Vert  
5 Vert foncé  
6 Vert foncé  
7 Vert foncé  
8 Vert foncé  
9 Vert foncé  
10 Vert foncé

Normales Normales

Si votre bébé a encore le **peu jaune** et/ou le **blanc des yeux jaunes** (jaunisse) **15 jours** après sa naissance, et/ou si ses selles sont de **couleurs claires (1, 2, 3)**, **alertez votre médecin !**

www.alltoyou.com



Le mamelon - frotte - sur le côté de l'embout.  
 Essayez une tétée plus grande.

Le mamelon est centré et bouge librement.

Le mamelon et le surplus de tissu aréolaire sont tirés dans l'embout.  
 Essayez une tétée plus petite.

# CLÉS POUR ASSURER UNE SURVEILLANCE OPTIMALE

- La formation : connaissances physiologie de l'allaitement, observation +++, savoir s'informer des spécificités des différentes situations
- Les liens : optimiser les ressources intra et extra hospitaliers (interdisciplinarité)
- Travailler en réseau, savoir orienter



# ESSENTIELS A RETENIR

## Selles

Le premier mois plus  
de 3 par 24 h, molles,  
granuleuses  
et jaunes



## Succions nutritives



amples et régulières

## Comportement

Éveil spontané :  
le bébé se  
réveille et tête  
de 8 à 12 fois par  
24 h



## Urines

5-6 couches  
lourdes par 24 h



Rappels B A BA !!





# CLÉS POUR ASSURER UNE SURVEILLANCE OPTIMALE EN MATERNITE

- Connaître les ATCD maternels
- S'assurer de la PEC de la maman
- Évaluations des interactions
- Surveillance clinique : état général, poids, transit, éveil/sommeil, tonus
- Observation de la tétée
- Signes d'efficacité
- Soutien du Tire allaitement
- Accompagner l'utilisation des accessoires d'aide à l'AM
- Accompagnement de la séparation néonatale



# Spécificité de la PEC en cas de chirurgie bariatrique



CHIRURGIE BARIATRIQUE ET GROSSESSE		
Calendrier	Actions	Objectifs
<b>AVANT LA GROSSESSE</b>  <b>PREPARATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remise d'une fiche d'information à toute femme en âge de procréer effectuant une chirurgie bariatrique</li> <li>Proposition de contraception</li> <li>Si anneau : contrôle radiologique</li> <li>Supplémentation systématique en acide folique : 0,4 mg/j au moins 2 mois avant le début de grossesse</li> <li>Identifier et traiter les carences au moins 3 mois avant le début de grossesse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour toutes les patientes :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>NFS</li> <li>Ionogramme sanguin</li> <li>Calcium, Phosphore, protéines</li> <li>25OH Vit D</li> <li>Vit B12</li> <li>ferritine</li> <li>folates</li> </ul> </li> <li>Si bypass ajouter :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Vit A, B1, B6, E</li> <li>Zinc</li> <li>Sélénium</li> <li>Magnésium</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Consultation endocrinologique systématique quel que soit le poids</li> </ul>	<p>Pas de grossesse pendant la première année post opératoire</p> <p>Prévenir les complications spécifiques des anneaux gastriques</p> <p>Prévenir les carences et troubles nutritionnels antérieurs à la grossesse</p>
<b>PREMIERE CONSULTATION DE GROSSESSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan et traitement des carences si pas fait avant</li> <li>Enquête alimentaire</li> <li>Pas de desserrage systématique des anneaux gastriques</li> </ul>	<p>Apports satisfaisants en vitamines et oligo-éléments (suppléments si nécessaire)</p> <p>Prise de poids maternelle correspondant aux objectifs en fonction de l'IMC de début de grossesse</p>
<b>TOUS LES MOIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi endocrinologique mensuel systématique</li> <li>Si anneau gastrique : évaluer la nécessité d'un desserrage:               <ul style="list-style-type: none"> <li>vomissements sévères</li> <li>douleurs épigastriques</li> <li>prise de poids insuffisante</li> <li>croissance fœtale insuffisante</li> </ul> </li> </ul>	
<b>TOUS LES 3 MOIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête alimentaire</li> <li>Bilan et adaptation du traitement des carences</li> </ul>	
<b>EN POST-PARTUM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi nutritionnel tous les 3 mois jusqu'à la fin de l'allaitement puis reprise suivi annuel</li> <li>Si allaitement : Vit D + calcium + fer</li> <li>Contraception : risque d'inefficacité des pilules mini dosées après bypass</li> </ul>	<p>Eviter la perte de masse osseuse</p> <p>Permettre une récupération physique satisfaisante</p>

# Quelle prise en charge recommander chez la femme enceinte après chirurgie bariatrique ?



JOURNÉE RÉGIONALE DE L'OBÉSITÉ, 8 OCTOBRE 2018

**Muriel Coupaye et Jacky Nizard**



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

## Objectifs du groupe de travail

- **Établir des recommandations pour la pratique (méthodologie HAS): finalisation en septembre 2018, diffusion début 2019**
- **Mener des projets multicentriques**

### Préconceptionnel

Type d'intervention à privilégier chez une femme ayant un désir d'enfant

Quel délai recommander entre chirurgie et grossesse

Quelle contraception après chirurgie

### Grossesse

Quelles substitutions recommander pendant la grossesse (systématiques et si carences) et quelles normes biologiques utiliser

Modalités de dépistage du diabète gestationnel

Prise de poids recommandée pendant la grossesse

Urgences chirurgicales pendant la grossesse (conduite à tenir)

Gestion du serrage de l'anneau gastrique pendant la grossesse

Suivi obstétrical (échographie supplémentaire, type de maternité...)

Calendrier de suivi et parcours de soins

### Post partum

Conduite à tenir pendant l'allaitement

Toutes les recommandations sont des « accords d'expert » sauf quand cela est précisé

# CAT dans le post partum

- L'allaitement doit être recommandé comme chez toutes les femmes
- En cas d'allaitement:
  - La supplémentation vitaminique doit être poursuivie (même modalité que pdt la grossesse)
  - La surveillance clinique et biologique de la mère doit être poursuivie
    - consultation 2 mois après l'accouchement, puis avec une fréquence adaptée à la situation nutritionnelle
- Les AINS doivent être évités dans le post partum chez les femmes ayant été opérées d'un bypass gastrique et autres interventions avec dérivation intestinale pour éviter les ulcérations anastomotiques
- Le pédiatre doit être prévenu de l'antécédent de chirurgie bariatrique maternel

# SYNTHESE

- AM « bon » pour l'enfant
- Supplémentation maman : suivi pluridisciplinaire nécessaire
- Pas supplémentation BB et pédiatre informé
- Petit poids et prématurité liés à la chirurgie
- Tous les bienfaits sont conservés !



MERCI DE VOTRE ATTENTION  
ET VOTRE PARTICIPATION !



APPRIVOISER LES PAGNES