

Contraception chez la femme opérée de chirurgie bariatrique

Une amélioration de la fertilité est constatée chez plus de la moitié des femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. **La grossesse est toutefois contre indiquée dans les 12 à 18 mois en post-opératoire**, la perte pondérale rapide suivant la chirurgie exposant à des risques maternels et fœtaux en cas de grossesse. **L'introduction d'une contraception efficace dès la programmation de la chirurgie est donc primordiale**. Celle-ci doit tenir compte à la fois de la période per-opératoire, du risque vasculaire de la patiente, ainsi que du type de chirurgie réalisé.

1. Risque thrombo-embolique per-opératoire

Les complications thrombo-emboliques représentent une cause majeure de mortalité et de morbidité des patients opérées de chirurgie bariatrique. Il est ainsi primordial d'interrompre toute forme de contraception oestroprogestative durant la période per-opératoire, pendant au minimum 4 à 6 semaines avant et jusqu'à 6 semaines après la chirurgie d'après les recommandations établies par le groupe BARIAMAT en 2019.

2. Risque vasculaire

Avant d'introduire une contraception oestroprogestative chez une femme opérée ou bien ayant un projet de chirurgie bariatrique, il faut bien sûr tenir compte des risques cardiovasculaires et thromboemboliques de la patiente.

Chez la femme obèse, **la contraception oestroprogestative peut être proposée si et seulement si** :

-Son âge est **inférieur à 35 ans**

-Elle ne présente **aucun facteur de risque cardiovasculaire** tel que : un tabagisme, une dyslipidémie, un diabète, une hypertension artérielle, une migraine simple ou avec aura, un antécédent familial cardiovasculaire précoce.

-Elle ne présente **aucun facteur de risque thrombo-embolique veineux** tel que : un antécédent personnel de thrombophilie, une thrombophilie familiale, une immobilisation récente et prolongée.

3. Efficacité contraceptive post chirurgie bariatrique

En fonction du type de chirurgie bariatrique réalisé, la biodisponibilité des contraceptifs oraux ainsi que leur efficacité sont susceptibles d'être altérées.

L'utilisation de contraceptions réversibles de longue durée d'action tel que l'implant sous-cutané microprogestatif, le dispositif intra-utérin au cuivre ou au lévonorgestrel **doit ainsi être privilégiée chez les femmes opérées de chirurgie bariatrique**. Une vigilance doit toutefois être portée concernant le risque de carence martiale chez les femmes porteuses d'un DIU au cuivre.

Concernant les contraceptions orales, les recommandations BARIAMAT élaborées en 2019 rappellent la conduite à tenir en fonction du type de chirurgie réalisé.

En cas d'anneau gastrique ajustable et de sleeve gastrectomie, les formes orales sont envisageables sans risque théorique de moindre efficacité contraceptive. Il faut néanmoins tenir compte du risque d'inefficacité en cas de vomissements et de diarrhées chroniques qui doivent faire porter l'indication d'une contraception locale complémentaire.

En cas de by-pass gastrique en Y, les données de la littérature sont actuellement insuffisantes pour indiquer ou contre-indiquer une contraception orale. Si la femme opérée souhaite une forme orale

de contraception, il est recommandé de l'informer sur le risque théorique de malabsorption et de proposer une méthode barrière complémentaire

Concernant la dérivation bilio-pancréatique (DBP), le SADI (Single Anastomosis Duodeno-ileal bypass) et le by-pass gastrique en oméga, la contraception orale est contre-indiquée du fait du risque de malabsorption théorique majeure.

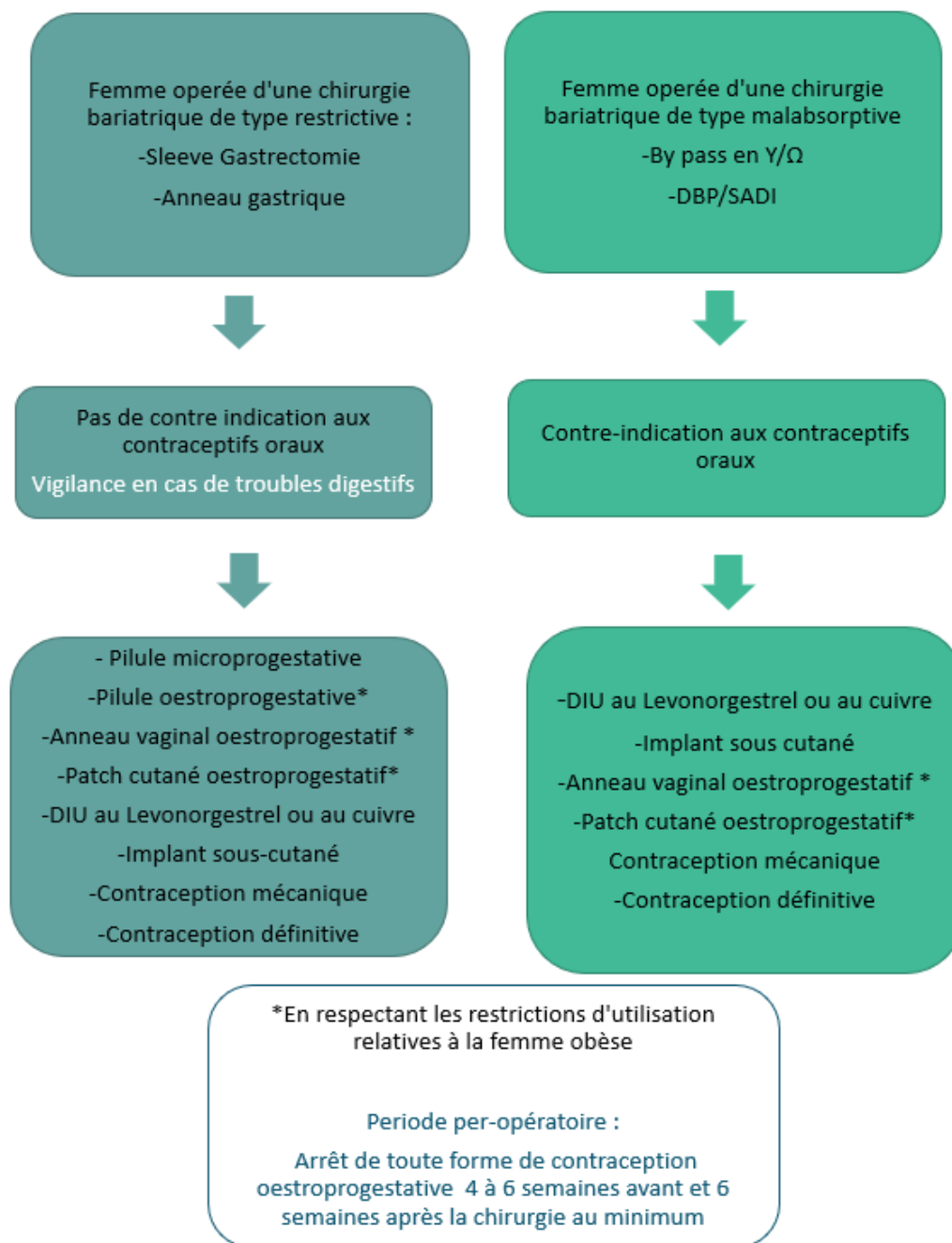


Figure 1 : Conduite à tenir concernant la contraception chez la femme opérée de l'obésité