

# CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME OPÉRÉE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE



Dr Charlotte Garczynski\*

La perte pondérale importante et rapide suivant la chirurgie bariatrique expose à des risques maternels et fœtaux en cas de grossesse. Un délai pré-conceptionnel de 1 an minimum après la chirurgie bariatrique est ainsi recommandé avant d'envisager une grossesse chez les femmes opérées de chirurgie de l'obésité (1, 2). Une amélioration de la fertilité est par ailleurs constatée chez ces femmes en post-opératoire (3). L'introduction d'une contraception adaptée et efficace est donc primordiale dès la programmation de la chirurgie bariatrique. Elle doit tenir compte à la fois du risque thrombo-embolique per-opératoire, des facteurs de risque vasculaire ainsi que du type de chirurgie réalisée. À ce jour, environ 30 % des femmes opérées de chirurgie de l'obésité n'ont pas de contraception durant la première année post-opératoire (4). La mise en place d'une contraception adaptée chez ces femmes représente ainsi un enjeu de taille.

## RISQUE VASCULAIRE

Avant d'introduire une contraception œstroprogestative chez une femme ayant un projet de chirurgie bariatrique, il faut bien sûr tenir compte des risques cardio-

vasculaires et thrombo-emboliques inhérents à toute forme de contraception œstroprogestative.

**Chez la femme obèse**, une contraception œstroprogestative (COP) peut être proposée si et seulement si (Fig. 1) (6) :

- **son âge** est inférieur à 35 ans ;
- elle ne présente aucun **facteur de risque cardiovasculaire** :
  - ✓ antécédents familiaux cardiovasculaires précoces,
  - ✓ tabagisme,
  - ✓ dyslipidémie,
  - ✓ diabète,
  - ✓ hypertension artérielle,
  - ✓ migraine simple ou avec aura ;
- elle ne présente aucun **facteur de risque thrombo-embolique veineux** :

✓ antécédent personnel de thrombophilie,  
 ✓ thrombophilie familiale,  
 ✓ immobilisation récente et prolongée.

**Un seul de ces facteurs de risque vasculaire (FDRV) artériel ou veineux associé à l'obésité constitue une contre-indication formelle** à l'introduction d'une contraception œstroprogestative.

## RISQUE THROMBO-EMBOLIQUE PER-OPÉRATOIRE

Les complications thrombo-emboliques sont une cause importante de mortalité et de morbidité des patients opérés de

chirurgie bariatrique (5). L'emploi d'une contraception combinée œstroprogestative est ainsi formellement contre-indiqué en pré-opératoire au minimum 4 à 6 semaines avant l'opération et jusqu'à 6 semaines en post-opératoire quel que soit le type de chirurgie réalisé (1). **Toute forme de contraception œstroprogestative doit ainsi être interrompue et remplacée par une autre méthode contraceptive durant cette période.**

## EFFICACITÉ CONTRACEPTIVE (Fig. 2)

### ■ EN FONCTION DU TYPE DE CHIRURGIE

L'absorption et l'efficacité des contraceptifs oraux peuvent être altérées en fonction du type de chirurgie bariatrique réalisé.

Pour rappel, on distingue plusieurs types de chirurgie bariatrique.

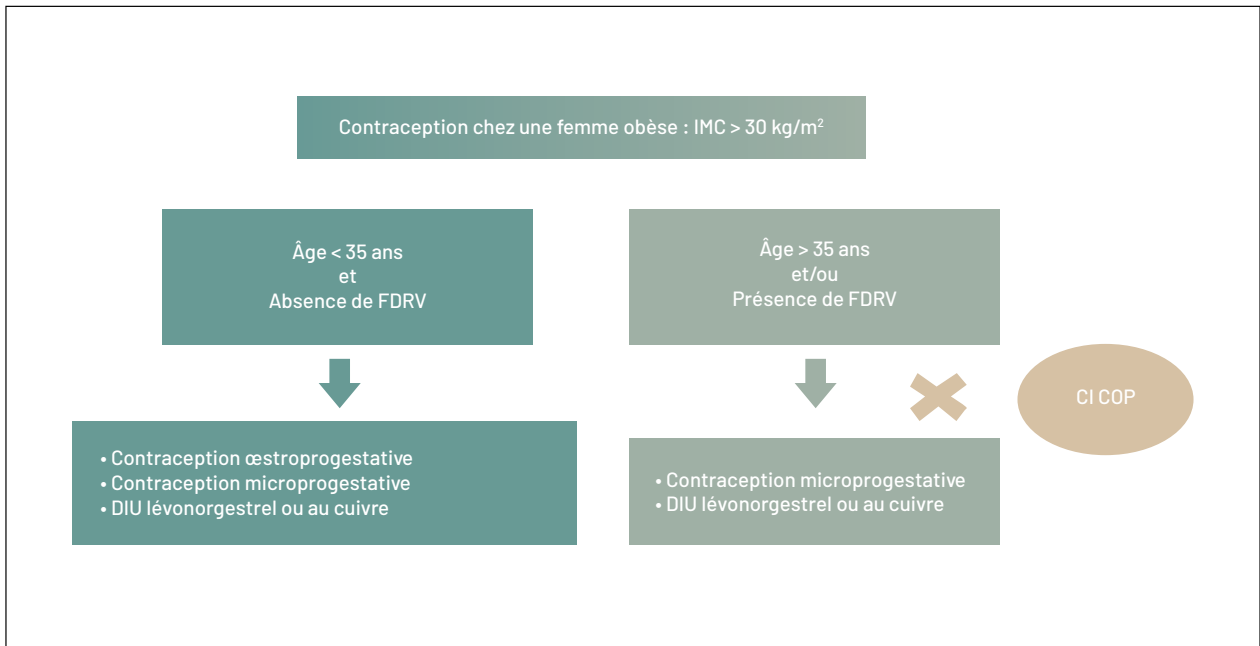
#### > Les chirurgies restrictives

Elles consistent en la réduction du volume de l'estomac.

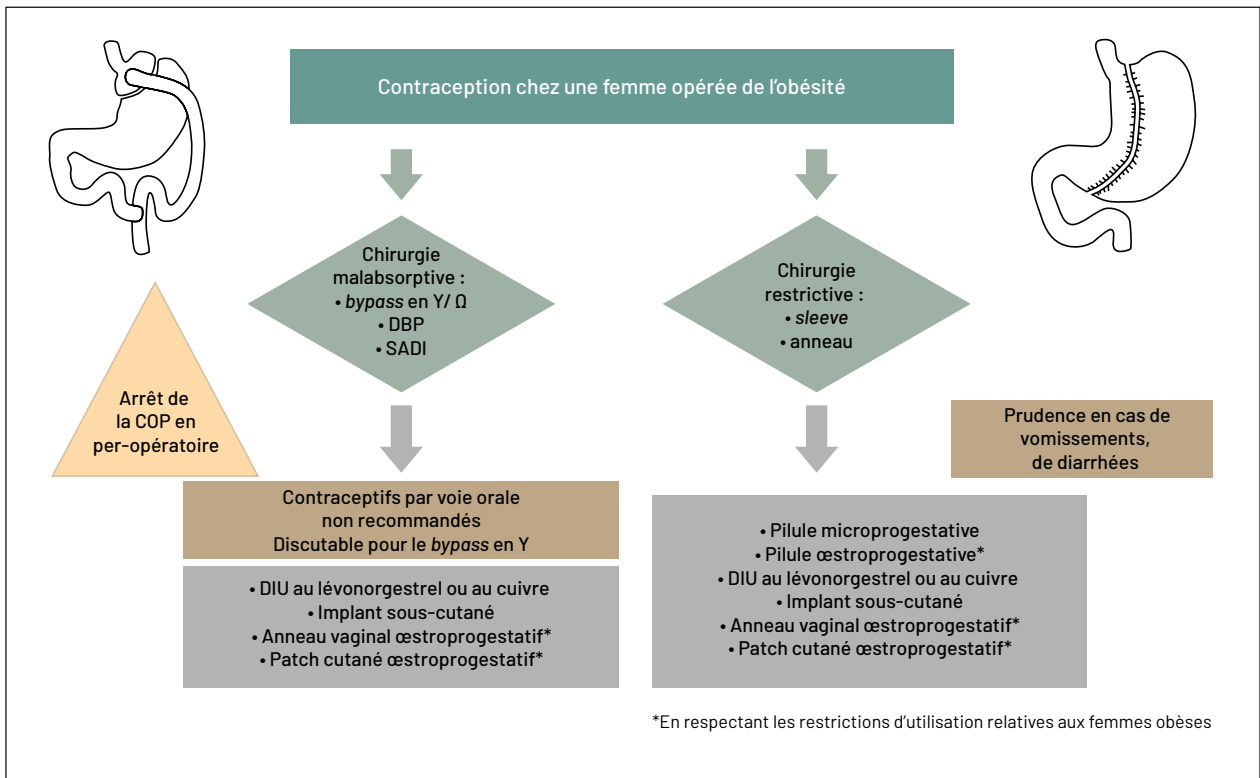
- Parmi elles, la **sleeve gastrectomie** représente l'intervention de chirurgie bariatrique la plus pratiquée en France. Elle consiste en la résection verticale de la grande courbure de l'estomac, restreignant le volume gastrique à environ 120-150 ml (Fig. 3).

- **L'anneau gastrique** consiste en

Service d'endocrinologie-maladies métaboliques-nutrition, CHU de Toulouse



**FIGURE 1 - Conduite à tenir concernant la contraception chez la femme obèse (6).**



**FIGURE 2 - Conduite à tenir concernant la contraception chez la femme opérée de l'obésité en fonction du type de chirurgie.**

la mise en place d'un anneau en silicone à la partie haute de l'estomac (Fig. 4).

**> Les chirurgies malabsorptives**

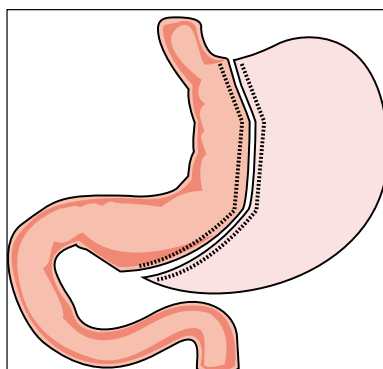
- Le **bypass** est une technique à la fois restrictive et malabsorptive (Fig. 5). Il consiste en la réduction du volume de l'estomac et à la réalisation d'un court-circuit excluant le duodénum et la partie proximale de l'intestin grêle. Cette exclusion est à l'origine du processus malabsorptif permettant une perte de poids plus importante.

- Le **bypass en oméga**, non recommandé par la HAS (2), est un court-circuit gastrique équivalent avec une seule anastomose reliant l'estomac réduit à l'intestin, la partie de l'intestin exclue est plus importante, à l'origine d'une malabsorption majeure et d'un plus grand nombre de complications.

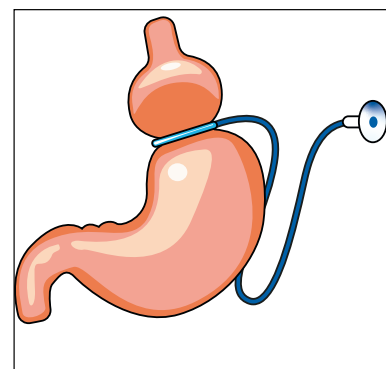
- La **dérivation bilio-pancréatique** est une technique à la fois restrictive et malabsorptive (Fig. 6) indiquée chez des patients présentant un IMC > 50 kg/m<sup>2</sup> ou bien en cas d'échec d'une autre chirurgie bariatrique (2). Elle consiste à la réalisation d'un court-circuit excluant la quasi-totalité de l'intestin grêle du circuit digestif. La jonction entre les deux anses n'intervient que très distalement, à l'origine d'une malabsorption majeure. La particularité du SADI (*single anastomosis duodeno-ileal bypass*), non recommandée par la HAS à ce jour (2), est de ne comporter qu'une seule anastomose.

**■ EN CAS DE CHIRURGIE MALABSORPTIVE**

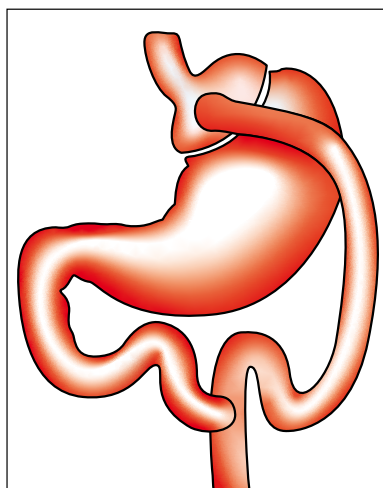
En cas de chirurgie malabsorptive, l'altération de la circulation entéro-hépatique des acides biliaires, la diminution de la surface d'absorption, ainsi que l'accélération



**FIGURE 3 - Sleeve gastrectomie (HAS, 2009).**



**FIGURE 4 - Anneau gastrique (HAS, 2009).**



**FIGURE 5 - Bypass gastrique (HAS 2009).**



**FIGURE 6 - Dérivation bilio-pancréatique (HAS, 2009).**

du transit intestinal peuvent être à l'origine d'une altération de l'efficacité des contraceptifs oraux (7). Les études pharmacocinétiques réalisées à ce jour sont cependant peu nombreuses et de faible niveau de preuve. Elles **corroborent, pour la plupart, le risque d'inefficacité de la contraception orale chez les femmes opérées de chirurgie malabsorptive**. Les dernières recommandations pour la pratique clinique établies par le groupe BARIA-MAT en 2019 (1) rappellent l'importance de commencer une contraception en pré-opératoire, à poursuivre pendant une durée d'un an minimum après la chirurgie.

**■ LES CONTRACTIONS RÉVERSIBLES DE LONGUE DURÉE D'ACTION**

Les contraceptions réversibles de longue durée d'action telles que l'implant sous-cutané microprogestatif, le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre ou au lévonorgestrel doivent être privilégiées chez les femmes opérées de chirurgie bariatrique (1). Une vigilance doit néanmoins être portée concernant le risque de carence martiale chez les femmes porteuses de DIU au cuivre du fait de la majoration de l'abondance des règles liée à ce dispositif. Si la patiente souhaite toutefois

bénéficier d'une contraception par voie orale, cette prescription doit tenir compte du type d'intervention chirurgicale.

## ■ LES FORMES ORALES

### > En cas de chirurgie restrictive

En cas d'anneau gastrique et de *sleeve* gastrectomie, les formes orales peuvent être proposées sans risque théorique de moindre efficacité contraceptive (1). Il faut cependant tenir compte du **risque d'inefficacité en cas de vomissements, et de diarrhées**. Ces troubles digestifs doivent faire porter l'indication d'une contraception locale complémentaire et faire reconsidérer la méthode contraceptive en cas de chronicité.

### > En cas de chirurgie malabsorptive

En cas de *bypass* gastrique en Y, il existe un risque théorique de malabsorption, les données de la littérature sont actuellement insuffisantes pour indiquer ou contre-indiquer une contraception

**Avant d'introduire une contraception œstroprogestative chez une femme ayant un projet de chirurgie bariatrique, il faut bien sûr tenir compte des risques cardiovasculaires et thrombo-emboliques inhérents à toute forme de contraception œstroprogestative.**

orale. Si la femme opérée souhaite une forme orale de contraception, il est recommandé de l'informer sur le **risque d'inefficacité de cette méthode** et de proposer une méthode barrière complémentaire (1). Concernant la dérivation bilio-pancréatique, le SADI (*Single anastomosis duodeno-ileal bypass*) et le *bypass* gastrique en oméga, le risque théorique de malabsorption est majeur faisant contre-indiquer toute forme de contraception orale (1).

## CONCLUSION

La mise en place d'une contraception adaptée chez la femme en pré-opératoire de chirurgie bariatrique est primordiale, celle-ci doit être poursuivie

durant la première année post-opératoire au minimum. Une vigilance particulière doit être portée lors de cette mise en place afin que l'efficacité et l'innocuité de cette méthode contraceptive soient assurées. Il est important de s'emparer de la question afin d'accompagner au mieux les femmes opérées et de programmer les grossesses désirées. ■

✘ *L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.*

## MOTS-CLÉS :

**Contraception, Chirurgie bariatrique, Chirurgie malabsorptive, Chirurgie restrictive, Obésité, Grossesse, Contraception orale, Contraceptifs de longue durée d'action**



## Bibliographie

1. Ciangura C, Coupaye M, Deruelle P et al ; Groupe BARIA-MAT-2018. Clinical practice guidelines for childbearing female candidates for bariatric surgery, pregnancy, and post-partum management after bariatric surgery. *Obes Surg* 2019 ; 29 : 3722-34.
2. HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations, janvier 2009.
3. Milone M, De Placido G, Musella M et al. Incidence of successful pregnancy after weight loss interventions in infertile women: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Obes Surg* 2016 ; 26 : 443-51.
4. Ginstman C, Frisk J, Ottosson J, Brynhidsen J et al. Contraceptive use before and after gastric bypass: a questionnaire study. *Obes Surg* 2015 ; 25 : 2066-70.
5. Bartlett MA, Mauck KF, Daniels PR. Prevention of venous thromboembolism in patients undergoing bariatric surgery. *Vasc Health Risk Manag* 2015 ; 11 : 461-77.
6. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A et al. [Contraception: CNGOF guidelines for clinical practice]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 ; 46 : 760-76.
7. Schlatter J. Oral contraceptives after bariatric surgery. *Obes Facts* 2017 ; 10 : 118-26.