

OBESITE ET GROSSESSE

Dr TRASTOUR Cynthia (PH)

Service de Gynécologie Obstétrique Reproduction

Pr Bongain

Hôpital Archet CHU de Nice

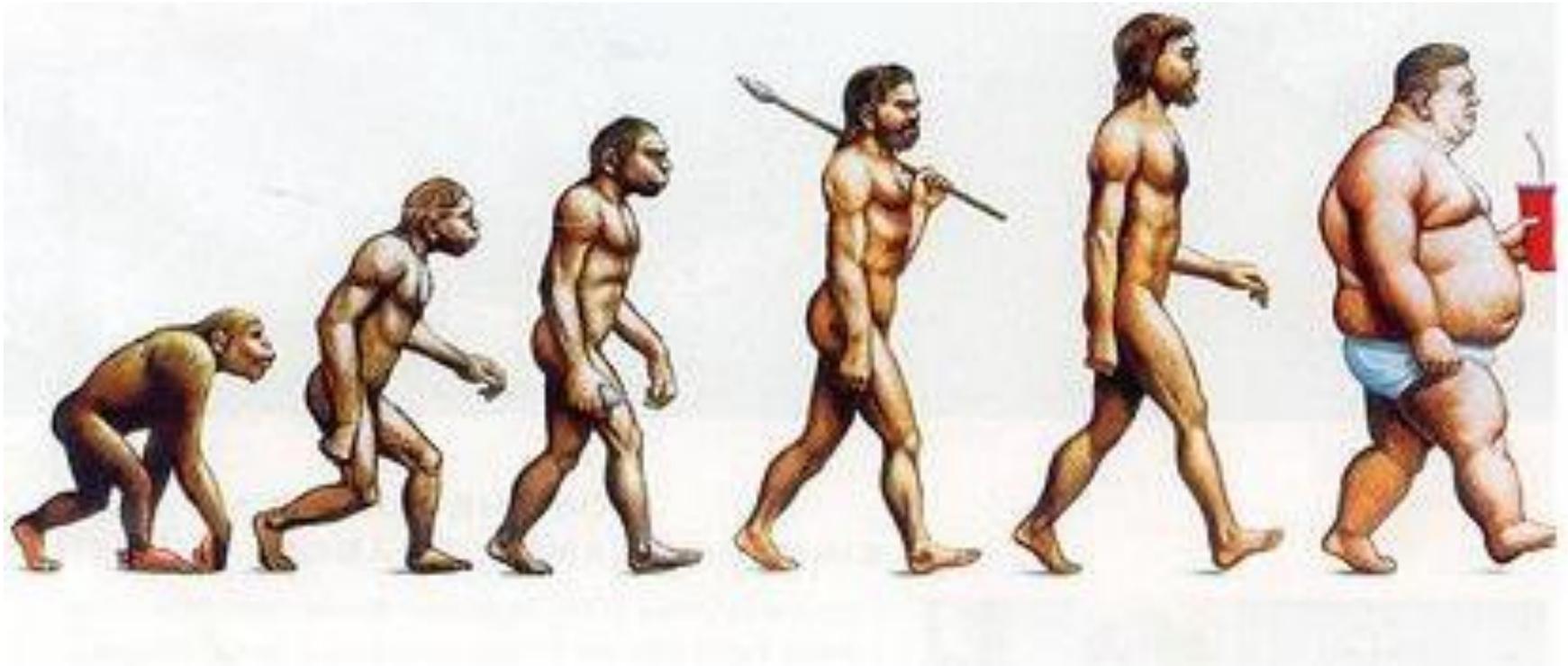


Obésité : Définitions

- L'indice de masse corporelle (IMC) en kg/m^2 est calculé selon la formule : $\text{poids (kg)}/\text{taille}(\text{m}^2)$
- obésité = $\text{IMC} > 30$
- obésité morbide =
 - $\text{IMC} > 35$ avec 2 comorbidités liées à l'obésité
 - ou $\text{IMC} > 40$

De plus en plus d'obèses

- 35 % des adultes dans le monde sont atteints d'obésité ou de surpoids (OMS 2014)
- 15 % des adultes en 2012 en France (6,1% en 1980)



2000 v. Chr...



2000 n. Chr...



EVOLUTION...

Recommandations : obésité et la grossesse

- **Collège national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF)** en 2007
- **HAS** : Service des bonnes pratiques professionnelles en Décembre 2009
- **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)** en Fev 2010

Recommandations SOGC

- avant la grossesse : inciter les femmes à présenter, avant la grossesse, un IMC < 30 kg/m² (idéal < 25)
- calcul de l'IMC fonction du poids avant la grossesse

Recommandations SOGC

- info sur du gain pondéral, de la nutrition et des choix alimentaires. (II-2B)

	Plage d'IMC	Gain pondéral suggéré (kg)
Insuffisance pondérale	< 18,5	De 12,5 à 18
Poids normal	De 18,5 à 24,9	De 11,5 à 16
Surcharge pondérale	De 25,0 à 29,9	De 7 à 11,5
Obèse, catégorie I	De 30,0 à 34,9	7
Obèse, catégorie II	De 35,0 à 39,9	7
Obèse, catégorie III	≥ 40,0	7

Recommandations SOGC

- Info sur les risques de complications médicales:
 - maladies cardiaques
 - maladies pulmonaires
 - l'apnée obstructive du sommeil
 - hypertension gestationnelle* (tensiomètres adaptés)
 - le diabète gestationnel*
 - Macrosomie*

Réduction des complications médicales

- pratique régulière d'exercice pendant la grossesse
- Perte de poids en préconceptionnel (↘ prééclampsie, diabète gestationnel, macrosomie et MFIU)



Recommandations SOGC

- Evaluer le risque de thromboembolie veineuse de chaque femme obèse +/- thromboprophylaxie
- Les bas de contention doivent être adaptés à la morphologie (risque d'effet garrot!)

Suivi de la grossesse

- Cs obstétricale et anesth précoce → évaluer les risques dus à l'obésité
- Si antécédent de chir de l'obésité : prise en charge multidisciplinaire recommandé avec l'obstétricien, l'anesthésiste-réanimateur, l'équipe de nutrition et le chirurgien
- orientation vers la maternité **précoce** et **effective** dès 2^e trimestre
- Si obésité morbide : vérifier que la maternité a la capacité de la prendre en charge pour l'accouchement :
Évaluer les contraintes logistiques d'équipement en matériel, d'organisation des équipes et des modalités de transport selon les mensurations et du poids de la femme enceinte.

Obésité et 1^{er} trimestre (CNGOF)

- troubles du cycle liés à l'obésité : risque de grossesses inopinées, diagnostiquées avec retard (terme en est alors incertain)
- taux de fausses couches précoces plus élevé en cas d'obésité
- plus grand nombre de malformations fœtales :
 - spina bifida (OR = 2,6)
 - de cardiopathies (OR 1,18)
 - omphalocèles (OR = 3,3) mais moins de laparochisis (OR = 0,19)
 - Pourquoi?? diabète méconnu ? faible concentration en folates sériques fréquente chez l'obèse?
 - Mais les suppléments

Obésité et dépistage

L'obésité maternelle influence le taux des marqueurs sériques dans le cadre du dépistage de la trisomie 21

l'alpha foeto protéine plasmatique est corrélée au poids maternel de même la PAPP-A

→ tenir compte du poids maternel pour diminuer la majoration des faux positifs (amniocentèses plus dangereuses chez l'obèse)

- ECHOGRAPHIE : dépistage approprié
 - évaluation anatomique à 20–22 SA
 - échographie de référence dès le 1^{er} trimestre (souvent mauvaise échogenicité,
- Les sondes d'échographie (basse fréquence) à choisir avec soin

PRÉMATURITÉ, TERME DÉPASSÉ, MORT FOETALE IN UTERO

- prématurité induite par les pathologies maternelles ou foetales
- post maturité et obésité: surtout car terme imprécis chez l'obèse car irrégularité menstruelle et la difficulté de l'examen échographique.
- Augmentation du risque MFIU (OR = 2,1 avant 36 SA)
(OR = 4,6 après 40 SA)
même en dehors de HTA et diabète et quelque soit la croissance foetale inexpliquée

MACROSOMIE

- principal déterminant du pds naissance = pds mère avant grossesse
- macrosomies = poids naissance $> 4\ 000$ grammes par augmentation de la masse grasse du fœtus :
8,3 % chez femmes de poids normal, 13,3 % si obèse et de 14,6 % si obésité morbide



COMPLICATIONS PERI PARTUM

- + de césariennes : 20 % de césariennes si BMI < 30
33 % si BMI 30-35
47 % si BMI 35-40
- Par pathologies vasculaires ou métaboliques associées, macrosomie, échecs de déclenchement
- obésité = FdR indépendant de César (anomalie de la dilatation)
- Idem si utérus monocatriciel : taux d'échec des tentatives de voie basse X 2 et taux de morbidité postcésarienne en cours de travail X 3
- Pb anesthésiques
- Matériel : normes de poids maxi pour les tables d'opération
- L'obésité = pas FdR de déchirures périnéales graves
- complications post accouchement : abcès de parois, endométrites, désunion de cicatrices, éventration, thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, hémorragie de la délivrance

PRÉVENTION

- perte de poids préconceptionnelle :
 - ↳ prééclampsie, diabète gestationnel, macrosomie et MFIU
- La prise de poids idéale en cours de grossesse chez l'obèse : <7kg
- Apports en folates.
- Dépister le diabète gestationnel : glycémie à jeun au 1^{er} trimestre et HGPO (test à 75 grammes) entre 24-28 SA
- Dépister la prééclampsie : BU 1 fois par semaine au 3^e trimestre?
- Transa au 6e mois : foie de surcharge, hellp syndrome.
- hauteur utérine : peu de valeur (echo?)
- Dépister \$ apnées du sommeil (à confirmer en milieu spécialisé, le traiter et le signaler en consultation d'anesthésie)

PRÉVENTION

- Éviter césarienne en urgence :
 - Éviter déclenchements difficiles (morbidité > à césarienne programmée)

« un déclenchement différé, c'est souvent une mise en travail spontanée ».

- pas de technique idéale d'incision pour la césarienne.

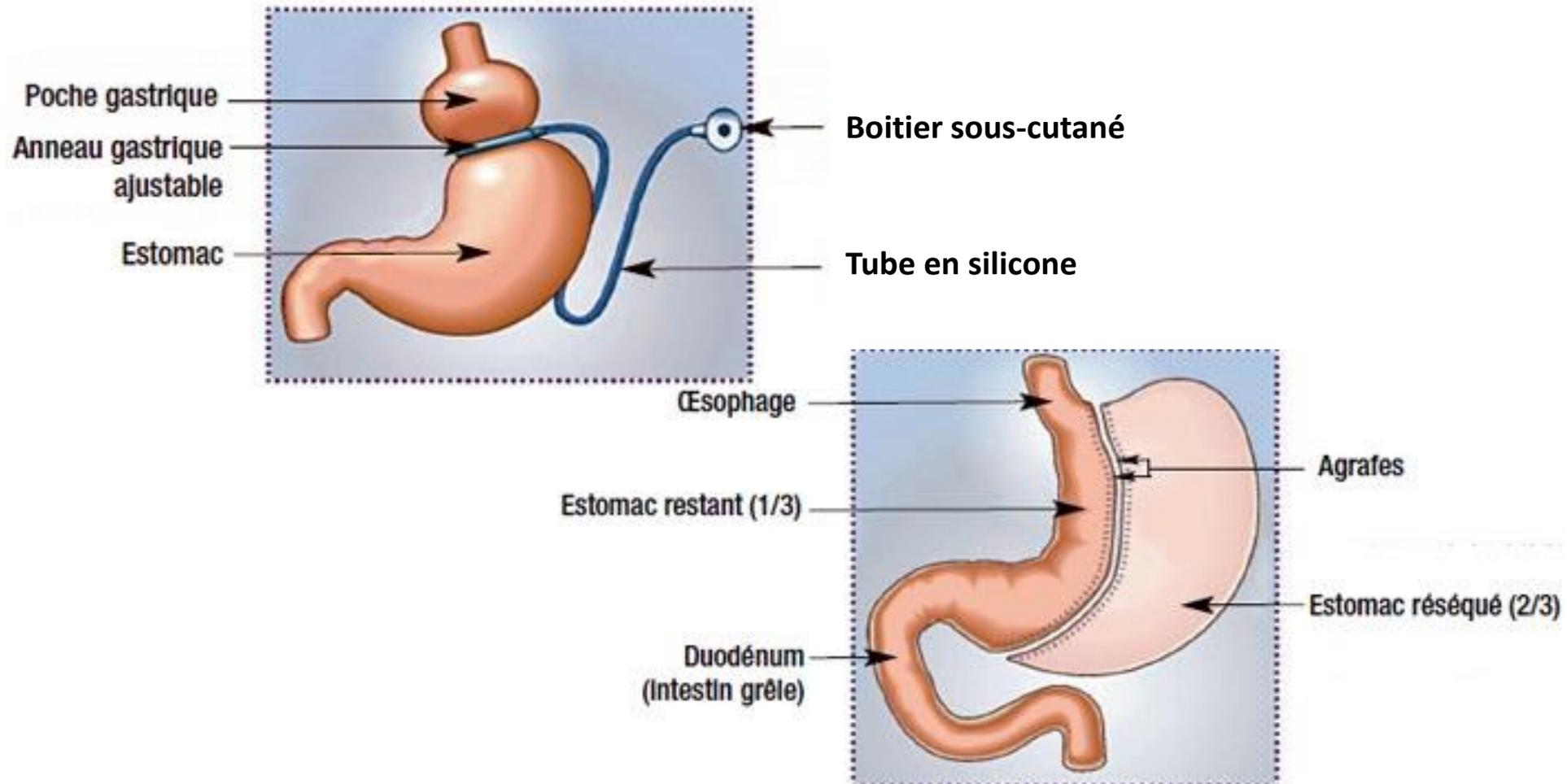
incision transversale en se repérant sur les ailes iliaques et non pas sur l'ombilic

Incision sus-ombilicale si le tablier graisseux retombe sur le pubis et les cuisses de la patiente .

- Le lever précoce, les bas de contention +++
- HBPM à discuter

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ET GROSSESSE

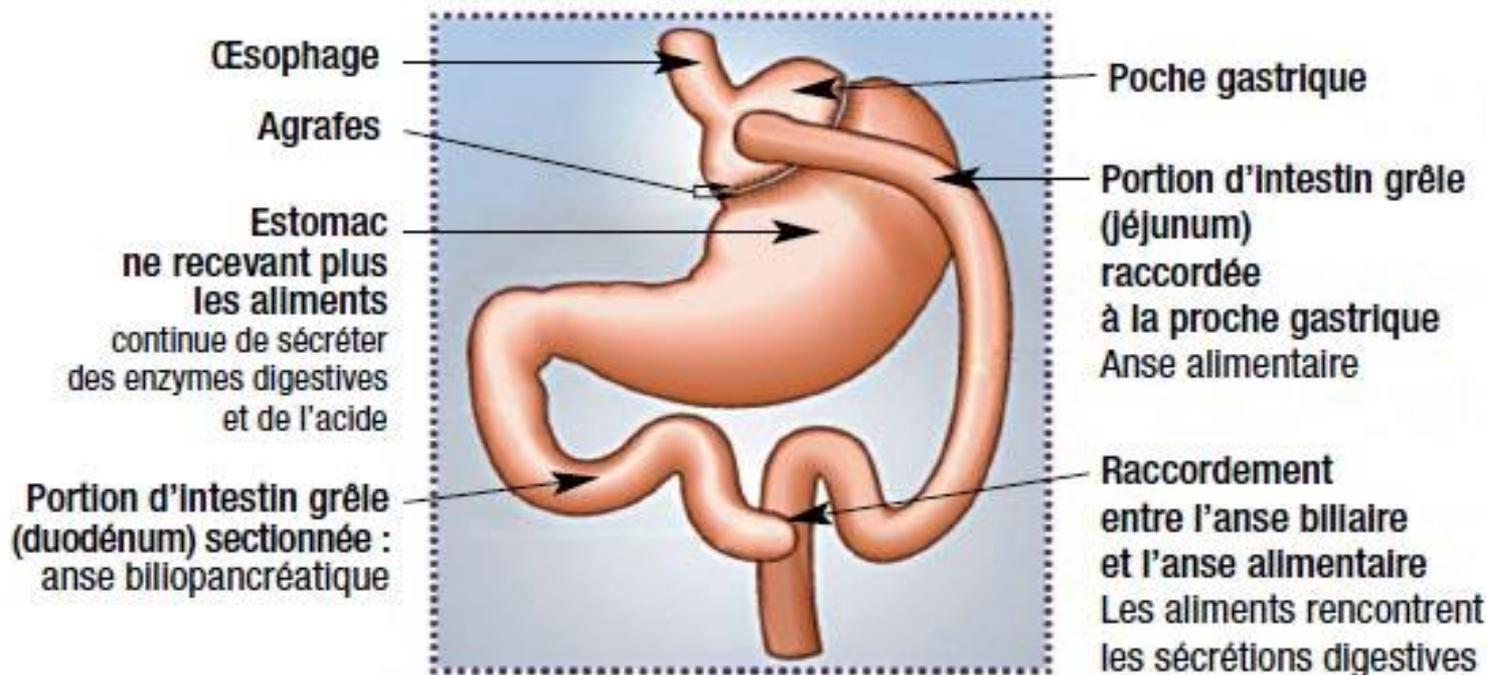
Techniques: – avec restriction des apports (anneau gastrique ajustable, SLEEVE gastrectomy) → 40 % d'échecs à 5 ans



CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ET GROSSESSE

Techniques: - avec restriction des apports (anneau gastrique ajustable, SLEEVE gastrectomy) → 40 % d'échecs à 5 ans

- avec malabsorption (*by pass*) → carences en fer, B9, B12
risque de retards de croissance *in utero* et prématurées, de rachitisme, et de malformations .



CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ET GROSSESSE

- carences nutritionnelles après By pass par :
 - réduction des apports alimentaires,
 - diminution des sécrétions gastriques,
 - exclusion de l'absorption alimentaire du duodénum et du jéjunum proximal,
 - asynergie entre bol alimentaire et sécrétions bilio-pancréatiques.

Supplémentation recommandée pendant la grossesse après BPG	
Fer	100-200 mg/j PO
Calcium	1500 g/j PO
Vitamine D3	1200-2000 UI/j PO
Zinc	20-30 mg/j PO
Complexe de vitamines B	2 fois/semaine PO
Vitamine B12	1 000 µg tous les 3 mois IM
Spécialité multivitaminée avec oligoéléments	1 fois/j PO
Acide folique	400 µg/j PO

CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ ET GROSSESSE

- Après chirurgie baritarique :
 - attendre un an que le poids se soit stabilisé, sous contraception efficace car fertilité améliorée
 - diminution des risques d'HTA et diabète, des prises de poids excessives,
- Complications:
 - migrations de l'anneau, érosions hémorragiques voire perforations,
 - hernie internes, invaginations intestinales
- Pas de modification préventive du remplissage du ballon mais si vomissement inexplicable ou épigastralgie → ASP pour vérifier la position de l'anneau et discuter avec le chirurgien digestif de l'opportunité de dégonfler le ballon.
- supplémentation polyvitaminique

Merci de votre attention



