

La grossesse chez la femme obèse : Revue de la littérature

[Pregnancy and obesity : Literature review]

Abdellahi Ibrahim, Osman Ali, Farid Kassidi, Abdellah Babahabib, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui, and Mohammed Dehayni

Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The obesity, factor of morbimortality, is considered as a real health public problem. In gynecology, its consequences on the fertility and the contraception are severe and the obesity is at the origin of important obstetric complications that must make consider these pregnancies as at risk. Our practices have to take into account these complications by assuring an adapted and premature care to improve the maternal and neonatal outcomes.

KEYWORDS: Obesity, Labor, Delivery.

RESUME: L'obésité, facteur de morbimortalité, est considérée comme un véritable problème de santé publique. En gynécologie, ses conséquences sur la fertilité et la contraception sont sévères, l'obésité est à l'origine de complications obstétricales importantes devant faire considérer ces grossesses comme à risque. Nos pratiques doivent tenir compte de ces complications en assurant une prise en charge adaptée et précoce afin d'améliorer les issues maternelles et néonatales

MOTS-CLEFS: Obésité, Travail, Accouchement.

INTRODUCTION

Selon l'enquête Obépil menée entre 1997 et 2012, la prévalence de l'obésité et du surpoids a augmenté de façon importante chez les femmes en âge de procréer, actuellement, moins de 2/3 de ces femmes sont de poids normal, ainsi, les problèmes liés à la surcharge pondérale sont parmi les plus fréquemment rencontrés par les acteurs de la prise en charge de la grossesse, l'obésité s'accompagne de profondes altérations du métabolisme général et hormonal [3,6]. La prise de poids au cours de la grossesse est un processus physiologique complexe qui accompagne l'augmentation du poids du fœtus, au cours d'une grossesse normale la prise de poids varie de 10 kg à 17 kg [7]. Elle est définie à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) qui permet d'estimer la corpulence d'une personne par le rapport du poids corporel (en kg) au carré de la taille (en mètres), l'OMS a défini différentes classes d'IMC (IMC < 18,5 : sous-poids, 18,5 IMC < 25 : poids normal, 25 IMC < 30 : surpoids, 30 IMC < 35 : obésité classe I, 35 IMC < 40 : obésité classe II ou sévère 40 : obésité classe III ou massive)[8].

DISCUSSION

Il est connu depuis de nombreuses années que l'obésité intervient, sur la reproduction féminine : le risque de puberté précoce est plus élevé chez les petites filles obèses, l'obésité représente un facteur aggravant d'un éventuel syndrome des ovaires polykystiques sous-jacent, d'autre part, ces femmes présentent une augmentation du nombre de fausses couches (les mécanismes qui expliquent ces perturbations sont multifactoriels, complexes), enfin elles ont une diminution de la fertilité avec alteration des résultats de l'AMP [1,2 ,8].

L'obésité induit des modifications du métabolisme glucido-lipidique mais également hormonal, elle entraîne des troubles de la fertilité chez les femmes, le surpoids et l'obésité sont également un frein à la lactation vu un retard à l'initiation de la lactogènes [3].

Une synthèse des complications obstétricales liée à l'obésité maternelle et des éléments de prise en charge afin d'optimiser le déroulement des grossesses chez ces patientes :

AU COURS DE LA GROSSESSE

COMPLICATIONS MATERNELLES

Au cours de la grossesse, il a été clairement démontré que l'obésité est un facteur de risque indépendant de survenue d'une HTA gravidique ou d'une prééclampsie, une dysfonction endothéliale due à l'insulinorésistance et un effet direct de l'obésité sur l'implantation pourraient expliquer la survenue de ces complications traduisant un phénomène d'insuffisance placentaire [8].

De façon physiologique, chez toutes les femmes enceintes, il existe une tendance à l'insulinorésistance à partir du deuxième trimestre de la grossesse. L'existence d'un hyperinsulinisme avec insulinorésistance en cas d'obésité favorise ainsi la survenue d'un DG, par ailleurs, il existe une relation linéaire entre l'augmentation de l'IMC et le risque d'apparition d'un DG [3,4,8].

La grossesse est caractérisée par une diminution de la fibrinolyse et une augmentation des facteurs de coagulation à l'origine d'un état procoagulant. L'obésité augmente par un facteur de 2 à 5 le risque de survenue d'une thrombose veineuse en favorisant la stase veineuse, en augmentant la viscosité sanguine et l'activation de la coagulation et en générant un état pro-inflammatoire source de dysfonction endothéliale [4,8].

COMPLICATIONS FŒTALES

La grossesse chez la femme obèse s'accompagne d'un taux élevé de macrosomie fœtale, indépendamment de la notion de DG. Le risque de macrosomie dépend, d'une part du poids antérieur et, d'autre part, de la prise de poids au cours de la grossesse.

Une prise de poids de plus de 14 kg chez des patientes obèses, multiplie par 2 à 3 fois le risque d'avoir un enfant macrosomie [10].

En cas d'obésité, il existe un taux plus élevé de malformations congénitales notamment la fréquence des anomalies de fermeture du tube neural est augmentée est également le risque d'omphalocèle, d'anomalie cardiaque et de syndrome polymalformatif accru en cas d'obésité maternelle. L'obésité maternelle est associée à un risque accru de mort in utero et de décès néonatal précoce [8,10].

AU COURS DU TRAVAIL

Déroulement du travail et de l'accouchement Le dépassement de terme est plus fréquent chez les patientes obèses. Les taux de déclenchement sont également accrus, avec un nombre d'échec plus important que chez les patientes de poids normal. La durée du travail est allongée, ce qui peut expliquer une utilisation plus fréquente de l'ocytocine, Le recours à une extraction instrumentale est également plus fréquent, et le risque de dystocie des épaules est multiplié par un facteur 2 à 3, augmentant le risque de traumatisme néonatal, en particulier de fracture, de plexus brachiaux obstétrical ou d'anoxie périnatale [9,10]. Il existe chez la femme obèse, plus d'inductions thérapeutiques du travail et un taux de césarienne plus important, notamment pour disproportion fœtopelvienne, mais aussi pour souffrance fœtale et échec du déclenchement [5].

Les équipements (lits d'accouchement, tables d'intervention) adaptés à l'obésité sont nécessaires en salle de travail. Il est également recommandé d'écrire une procédure de prise en charge dans les maternités. Il est nécessaire de disposer de l'accès facile à un échographe pour guider l'identification de l'espace péridural mais aussi pour mettre en place des voies veineuses périphériques ou centrales. Le recours à la mise en place d'un monitoring invasif de la pression artérielle est également plus fréquent. Les équipes soignantes doivent bénéficier d'une formation concernant la prise en charge des patientes obèses mettant aussi en exergue la nécessité de préserver la dignité des femmes. Des bas de contention adaptés, des systèmes de compression pneumatique et un thromboprophylaxie médicamenteuse doivent être mise en œuvre pour prévenir les complications thromboemboliques [6].

AU COURS DU POST-PARTUM

Que la naissance ait eu lieu par voie vaginale ou par césarienne, il existe un risque accru de complications du post-partum. La fréquence des hémorragies du post-partum est augmentée, contribuant, avec l'augmentation du taux de césarienne, à un risque d'anémie plus important. Les complications infectieuses sont également majorées : les patientes obèses présentent plus d'infections urinaires, d'infections vaginales et d'abcès de paroi. Enfin, le post-partum représente la période la plus à risque de complications thromboemboliques, en particulier en cas de naissance par césarienne [8].

CONCLUSION

L'obésité chez la femme enceinte augmente le risque de complications qu'elles soient maternelles ou néonatales. Ces données justifient une prise en charge spécifique de la patiente obèse dès avant et en cours de grossesse.

RÉFÉRENCES

- [1] J. Sarfati, J. Young, S. Christin-Maitre. Obésité et fertilité de la femme. *Annales d'Endocrinologie* 71 (2010) S49-S53.
- [2] S. Le Goff, N. Lédée, G. Bader. Obésité et reproduction : revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36 (2008) 543–550.
- [3] F. Donner. Obésité maternelle : impact des facteurs endocriniens et métaboliques sur la lactogénèse II et la durée de l'allaitement. *La Revue Sage-Femme* (2010) 9, 76–79.
- [4] E. Grossetti, G. Beucher, A. Régeasse, N. Lamendour, M. Herlicoviez, M. Dreyfus. Complications obstétricales de l'obésité morbide. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004; 33: 739-744.
- [5] EMILE C. La grossesse chez la femme obèse. *OptionBio* | mardi 18 juin 2013 | n° 492.
- [6] Ashwani Gupta, Peter Faber. Poids maternel et grossesse. *Le Praticien en anesthésie réanimation* (2012) 16, 218–223.
- [7] G. Ducarme, A. Rodrigues, F. Aissaoui, C. Davitian, I. Pharisien, M. Uzan. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 35 (2007) 19–24.
- [8] P. Deruelle. Obésité et grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 39 (2011) 100–105.
- [9] C. Hamon, S. Fanello, L. Catala, E. Parot. Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et l'accouchement. À l'exclusion des autres pathologies pouvant modifier la prise en charge obstétricale. *La Revue Sage-femme* 2005 ; 4 : 172-177.
- [10] P. Deruelle, A. Vambergue. Diabète et obésité : un défi obstétrical !. *Médecine des maladies Métaboliques - Septembre 2012 - Vol. 6 - N°4*.