

Date de la diffusion : aout 2013  
Version : 1

Rédaction : Dr Marie Alice Coullomb

Vérification : Dr Cécile Chau, Pr Florence Bretelle

Validation: Pr Léon Boubli, Pr Claude d'Ercole

***MENTION RESTRICTIVE*** : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

**OBJET** : Cette procédure relate les recommandations concernant la prise en charge de l'obésité chez la femme enceinte.

#### DEFINITIONS :

Obésité :  $IMC \geq 30$

- Modérée = 30 à 34,9
- Sévère = 35 à 39,9
- Massive  $\geq 40$

$IMC = \text{Poids (en kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (en m)}$

#### 1. EN PRE-CONCEPTIONNEL :

- Information du risque plus élevé :
  - o d'hypofertilité,
  - o de FCS du 1<sup>er</sup> T,
  - o de complications fœtales (malformations, MIU, macrosomie),
  - o de complications obstétricales (Diabète gestationnel, pré-éclampsie, DDT).
- Nécessité de perte de poids :
  - o Basée sur des conseils nutritionnels et la reprise de l'activité physique,
  - o Objectif :  $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$ .
- Supplémentation en acide folique 400  $\mu\text{g/j}$  au minimum 1 mois en pré-conceptionnel, et au cours du 1<sup>er</sup> trimestre.
- La chirurgie bariatrique est indiquée :
  - o Si  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$
  - o Ou si  $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$  et co-morbidité (maladies cardiovasculaires, troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères)
  - o Ou après échec du traitement médical mené pendant 6 à 12 mois.
- Le délai recommandé entre la chirurgie bariatrique et une grossesse est de 12 à 18 mois.

2 **PENDANT LA GROSSESSE, EN PLUS DU SUIVI HABITUEL :**

- a. Clinique :
- Prise de poids contrôlée (Maximum 1,5 kg au 1<sup>er</sup> trimestre et 5 à 9 kg au total)
  - Brassard tensionnel adapté
- b. Biologie :
- A la 1<sup>ère</sup> consultation : Bilan standard (NFS, plaquettes, BH, ionogramme, urée, créatinine, acide urique, coagulation, protéinurie des 24 h)
  - Glycémie à jeun mensuelle
  - HGPO 75 entre 24 et 28 SA
- c. Echographies :
- Echographie de datation souhaitable car dysovulations fréquentes
  - Echographie intermédiaire entre 16-18 SA pour étude morphologique précoce (difficultés techniques, et malformations plus fréquentes : anomalies de fermeture du tube neural, cardiopathies, fente labio-palatines ) recours à la voie endo-vaginale
  - Echo T2 plutôt à 23-24 SA
  - Echo T3 plutôt à 33-34 SA
- d. Mesures associée :
- Supplémentation :
    - A folique 400 µg/ jour au 1<sup>er</sup> T
    - Fer
  - Consultation de diététique
  - Consultation ARE précoce et obligatoire
  - Contention classe II +/- anticoagulation préventive en fonction des autres facteurs de risques (IMC  $\geq$  30 correspond à 1 point sur le score thrombo-embolique)
  - Concernant le lieu d'accouchement :
    - Evaluation logistique dès le début de la grossesse (matériel adapté aux dimensions de la patiente)
    - En l'absence de co-morbidités maternelles la prise en charge des patientes obèses est possible dans toute maternité sous réserve d'un accord précoce de l'équipe (obstétricien, anesthésiste et pédiatre)

Cas particuliers :

- Si antécédents de chirurgie bariatrique :
  - o Nécessité de programmation de la grossesse
  - o Prise en charge conjointe (chirurgien, obstétricien, endocrinologue, nutritionniste)
  - o Bilan nutritionnel en début de la grossesse +/- supplémentation vitaminique
  - o Pas de HGPO 75
- Si By-pass/ Slive : Surveillance des complications mécaniques (hernies, occlusions...)
- Si anneau gastrique : discuter un desserrage

**3 ACCOUCHEMENT :**

- Information du risque majoré de DDT, d'échec de déclenchement, de travail long, de césarienne, et si utérus cicatriciel de césarienne itérative
- En cas d'utérus cicatriciel et d'iMC > 50 une césarienne est recommandée
- Monitoring adapté en cours de travail (possible tocométrie interne)
- APD fortement recommandée
- Sang en réserve

En cas de césarienne :

- Installation en léger DLG et proclive,
- Veiller au risque de compression des points d'appui,
- Choix de l'incision selon les données anthropométriques :
  - o Abord transversal,
  - o Pelvien, peri ou sus ombilical (en évitant d'inciser dans le repli sus symphysaire)
- Instruments d'extraction à disposition car fond utérin mal accessible,
- Appréciation de la tonicité utérine en per opératoire,
- Bénéfice du rapprochement sous cutané par points séparés résorbables (surtout si épaisseur > 4cm),
- Fermeture cutanée par points séparés,
- Pas de bénéfice du drainage.

#### 4 POST-PARTUM :

- Lever précoce,
- Contention classe II : minimum 6 semaines,
- +/- Anticoagulation préventive à dose adaptée en fonction des autres facteurs de risques,
- En cas de césarienne: anticoagulation préventive jusqu'à la reprise d'une mobilité normal à adapter en fonction des autres facteurs de risque,
- Allaitement conseillé
- Contrôle de la cicatrice de césarienne à j15 post-partum (infections, désunions plus fréquentes)
- Surveillance de la dépression du post-partum
- Contraception :
  - o + d'échecs des pilules mini-dosées,
  - o L'effet de l'Implanon peut être diminué dans la 3<sup>ème</sup> année,
  - o Avantage du Mirena et du DIU.

#### DOCUMENTS DE REFERENCE

- a. SOGC, J Obstet Gynaecol Can, Vol 32, n°2, 2010
- b. Recommandations RCOG, 2010
- c. Recommandations ACOG 2012
- d. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, Coory M, Gordon A, Ellwood D, McIntyre HD, Fretts R, Ezzati M. Lancet. 2011 Apr 16;377(9774):1331-40
- e. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. [JAMA](#). 2009 Feb 11;301(6):636-50
- f. Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravida. Gunatilake RP, Perlow JH. Am J Obstet Gynecol. 2011 Feb;204(2):106-19
- g. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, Li TC. Fertil Steril. 2008 Sep;90(3):714-26
- h. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate a population-based screening study. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade G, Eddleman K, Carter SM, Craigo SD, Carr SR, D'Alton ME; FASTER Research Consortium. Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4):1091-7.
- i. Maternal obesity and morbid obesity: the risk for birth defects in the offspring. Blomberg MI, Källén B. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010 Jan;88(1):35-40
- j. Maternal obesity limits the ultrasound evaluation of fetal anatomy. Dashe JS, McIntire DD, Twickler DM. [J Ultrasound Med](#). 2009 Aug;28(8):1025-30.
- k. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
- l. Maternal obesity and pregnancy outcome. Michlin R, Oettinger M, Odeh M, Khoury S, Ophir E, Barak M, Wolfson M, Strulov A. IMAJ [2000, 2(1):10-13]
- m. Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et l'accouchement. Hamon C, Fanello S, Catala L, Parot E. [J Gynecol Obstet Biol Reprod \(Paris\)](#). 2005 Apr;34(2):109-14.
- n. La femme super obèse et l'accouchement, Harvey T. Gyneco et obstet pratique, 2012
- o. Echographie obstétricale chez les patientes obèses, Fuchs F. Gyneco et obstet pratique, 2012

p. HAS Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement Dec 2009

q. Complications obstétricales de l'obésité morbide. Grossetti E., Beucher G., Regeasee A., Lamendour N. Herlicoviez M., Dreyfus M. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. ; 2004; 33 : 739-44.

r. Comment je fais une césarienne chez une femme obèse? , Beguinot et al, Gyneco Obst et Fertilité, 2012

s. A risk score for the management of pregnant women with increased risk of venous thromboembolism: a multicentre prospective study. Dargaud Y, Rugeri L, Vergnes MC, Arnuti B, Miranda P, Negrier C, Bestion A, Desmurs-Clavel H, Ninet J, Gaucherand P, Rudigoz RC, Berland M, Champion F, Trzeciak MC. Br J Haematol. 2009 Jun;145(6):825-35.

t. Bariatric surgery and obstetrics. Ducarme G, Revaux A, Luton D. J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 2009, 38(2):107-16.

CNGOF 2012 Recommandations pour la pratique clinique Accouchement en

### GLOSSAIRE

- **IMC : indice de masse corporelle**
- **DDT : dépassement de terme**
- **FCS = fausse couche spontanée**
- **BH = bilan hépatique**
- **MIU = mort in utéro**

### DIFFUSION

- **Maternités du réseau Périnat-Sud.**
- **Professionnels libéraux.**
- **Cellule de régulation périnatale.**