




Obésité et grossesse

Immersion en communauté – juin 2012
Scapuso J., Dosso M. et Rapin A.
Etudiantes Heds 2BSc, filière Nutrition et Diététique



**Avez-vous déjà entendu parler des
possibles complications liées à la
grossesse chez les femmes obèses ?**

Plan

- Introduction
- Obésité
- Complications
- Gestion du poids pendant la grossesse
- Suivi nutritionnel de la femme enceinte
- Prévention et promotion de la santé
- Conclusion

Introduction

- Problématique:
 - Augmentation des complications pour la mère et l'enfant chez les femmes obèses enceintes.
- But:
 - Mettre en évidence la complexité de la prise en charge de ces femmes.

Obésité - 1

■ Définition:

- Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé (OMS)

■ Prévalence en Suisse (2002):

- Surpoids: 30,7 %
- Obésité: 8 %

→ En augmentation constante

→ Phénomène d'épidémie mondiale

Obésité - 2

■ Facteurs de risque:

- Environnementaux
- Alimentaires
- Psychologiques
- Génétiques

Complications de l'obésité

Chez la femme enceinte

Pré-grossesse

Anomalies de la reproduction:

- Oligoménorrhées
- ↗ des hormones androgènes
 - Inhibition de l'ovulation / diminution du stock d'ovocytes
 - Inhibition de FSH et LH
- Leptine élevée
 - Rôle sur la qualité de l'endomètre ?
- Hyperinsulinisme – insulino-résistance
- Syndrome des ovaires polykystiques



Hypofertilité

Pendant la grossesse

Pour la mère

- Diabète gestationnel
- HTA
- Pré-éclampsie

Pour l'enfant

- Macrosomie
- Naissance avant terme
- Mortalité prénatale
- Malformations congénitales

Lors de l'accouchement

- Les interventions chirurgicales sont > de 30 % en comparaison avec les femmes de poids « normal ».
- Les complications entraînent une augmentation de la durée du séjour hospitalier.
- L'augmentation des comorbidités est linéaire à l'augmentation du BMI.

Voie vaginale	Césarienne
Augmentation de l'induction du travail + des posologies	Conditions techniques difficiles
Augmentation de la durée du travail	Augmentation de la durée opératoire → ↑ risques thromboemboliques ++
Nombre d'échecs plus élevé	Perte de sang importante (>1000ml)
Difficultés à enregistrer les contractions utérines	Difficultés pour l'extraction fœtale à cause du tablier graisseux
Disproportions fœtopelviennes	Anesthésies générales plus fréquentes
Dilatation cervicale incomplète	Intubation difficile voire impossible
Extraction instrumentale	Difficultés de ventilation
Lésions périnéales	Risques de désaturation peropératoire
Endométrites	Risques élevés d'inhalation du contenu gastrique
Chorioamniotite (infection du placenta provoquant une rupture prématurée de la poche des eaux)	Difficultés à repérer et garder une voie veineuse périphérique accessible
Pour les deux	
Difficultés d'anesthésie : augmentation des nombres de ponctions, de cathéters intravasculaires et d'échecs	
Augmentation des risques d'infections : urinaires, vaginales, cicatricielles, désunion de la cicatrice, abcès de la paroi	
Augmentation des risques post-partum : infections, hémorragies, complications thromboemboliques (surtout si césarienne)	

Lors de l'accouchement

Pour le bébé, risques augmentés de:

- Dystocie des épaules
- Paralysie partielle ou totale du bras et de la main (souvent liée à la dystocie)
- Fractures
- Anoxie périnatale
- Réanimation - admission aux soins intensifs
- Hypoglycémie (lors de diabète mal équilibré)

Gestion du poids pendant la grossesse

Prise de poids pendant la grossesse

- 6-7 kg: prise de poids min. liée au fœtus et à la physiologie de la grossesse
- Surplus de poids: réserves graisseuses et possible rétention d'eau

Prise de poids excessive:

- ↗ des risques de complications
- ↗ du poids post-grossesse à long terme

Recommandations de gain pondéral

Prise de poids recommandée pendant la grossesse en fonction de l'IMC

	IMC avant la grossesse en kg/m ²	Prise de poids recommandée, total, en kg	Prise de poids recommandée par semaine, en kg
Poids normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16	0,4 à partir 12 ^e SG
Maigre	< 18,5	12,5 – 18	0,5 à partir 12 ^e SG
Surpoids	25 – 29,9	7 – 11,5	0,3 à partir 12 ^e SG
Obésité	30 – 39,9	≤ 7	
Obésité morbide	> 40	≤ 7	
Grossesse gémellaire		15,9 – 20,4	0,7 à partir 12 ^e SG
Grossesse trigémellaire		ca. 22	

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids en kg}}{\text{taille en m}^2}$$

Source: OFSP

Suivi nutritionnel de la femme enceinte



« Maintenant que tu es enceinte, tu peux manger pour deux ! »



Généralités

- **Besoins énergétiques:**
 - Peu d'augmentation (100-300 kcal): à partir du 2^{ème} trimestre
- **Vitamines et minéraux:**
 - ↗ les 3 premiers mois
 - Adaptation physiologique naturelle
- **Acide folique:**
 - Rôle dans la formation du tube neural en prévention du spina bifida
 - Pays industrialisés: 5 % des femmes en carence sévère
 - Supplémenter 1 mois avant conception et durant le premier trimestre
- **Promouvoir l'activité physique**



Une alimentation équilibrée et diversifiée permet de couvrir les besoins nutritionnels liés à la grossesse

Particularités de la femme enceinte obèse

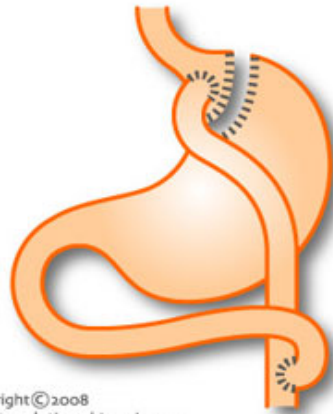
■ Equilibre alimentaire et comportement alimentaire:

- Recommandations nutritionnelles idem
- Alimentation déséquilibrée
 - Troubles du comportement alimentaire
 - Altération des sensations physiologiques de faim et satiété

➔ Augmentation des risques de carences

➔ Augmentation des risques de prise de poids excessive pendant la grossesse

Particularités de la femme enceinte post by-pass



Particularités de la femme enceinte post by-pass

- Carences les plus courantes:
 - Vitamine B₁₂
 - Fer
 - Albumine
 - Vitamine B₉
 - Calcium
- Attention particulière:
 - Bilan sanguin régulier (avant et pendant grossesse)
 - Suivi et soutien de la patiente → compliance, aspect psychologique
- Surveiller les variations de poids

Prévention et promotion de la santé



Obésité



- En constante augmentation
 - Manque d'activité physique
 - Alimentation déséquilibrée
- Coûts associés énormes
- Problématique sociopolitique



Importance de la prévention

Quelques exemples

- Programmes cantonaux:

MARCHEZ ET MANGEZ MALIN !



- Association Suisse pour l'Etude du Métabolisme et de l'Obésité (ASEMO)
 - Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse

Obésité de la femme enceinte

- Programmes de prévention existants pour l'obésité mais pas pour la femme enceinte
- Pas de remboursement des consultations diététiques pour le surpoids sans complication



Actuellement, pas de prévention

Ethique

- Droit à l'information: un principe de la bioéthique
- Charte d'Ottawa: la promotion de la santé est
« Un processus qui confère aux populations les moyens
d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé,
et d'améliorer celle-ci. »



Devoir du système de santé suisse de permettre
la mise en place d'outils de prévention de
l'obésité chez la femme enceinte

Rencontre avec les professionnels de terrain

- Gynécologues
- Sage-femme
- Diététicienne
- Psychologue

Rencontre avec une patiente

- 2 grossesses: avant et après un bypass

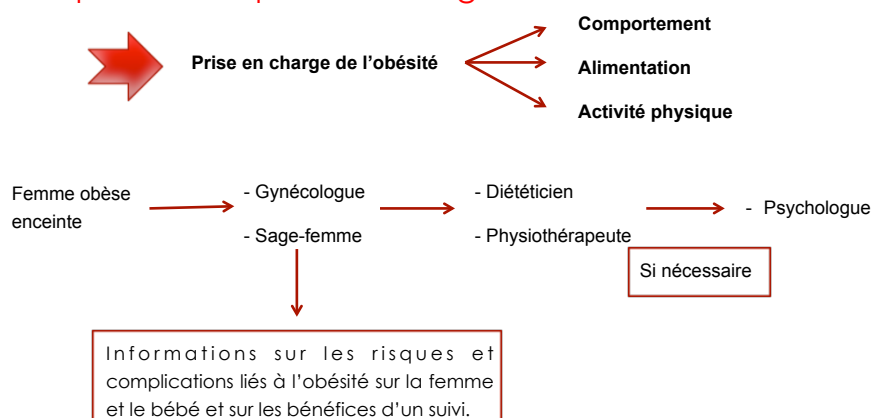
Place des professionnels

Nos constatations:

- Manque de sensibilisation des professionnels
- Prévention
 - Manque d'information aux patientes
 - Manque de prise en charge du problème sous-jacent (obésité)
- Traitement des complications lors de leur survenue
- Pas d'interdisciplinarité
- Place des professionnels spécialisés en éducation thérapeutique (diététiciens, psychologues,...) ?

Place des professionnels

Proposition de prise en charge: Femme obèse enceinte



Coûts



En 2002, les coûts liés aux surpoids et l'obésité ont été estimés à 2.7 milliards de francs suisses.

Conclusion



Avec de tels frais engendrés par cette maladie, ne serait-ce pas plus raisonnable de faire de la prévention ?

Pourquoi traitons-nous les complications mais pas le problème de base ?

Une brochure suffit-elle à changer des comportements ?

Merci de votre attention 😊

