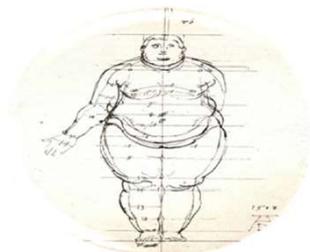




Obésité et grossesse

Dr DERVEAUX Alexandra

11^{ème} journée régionale des CLANs



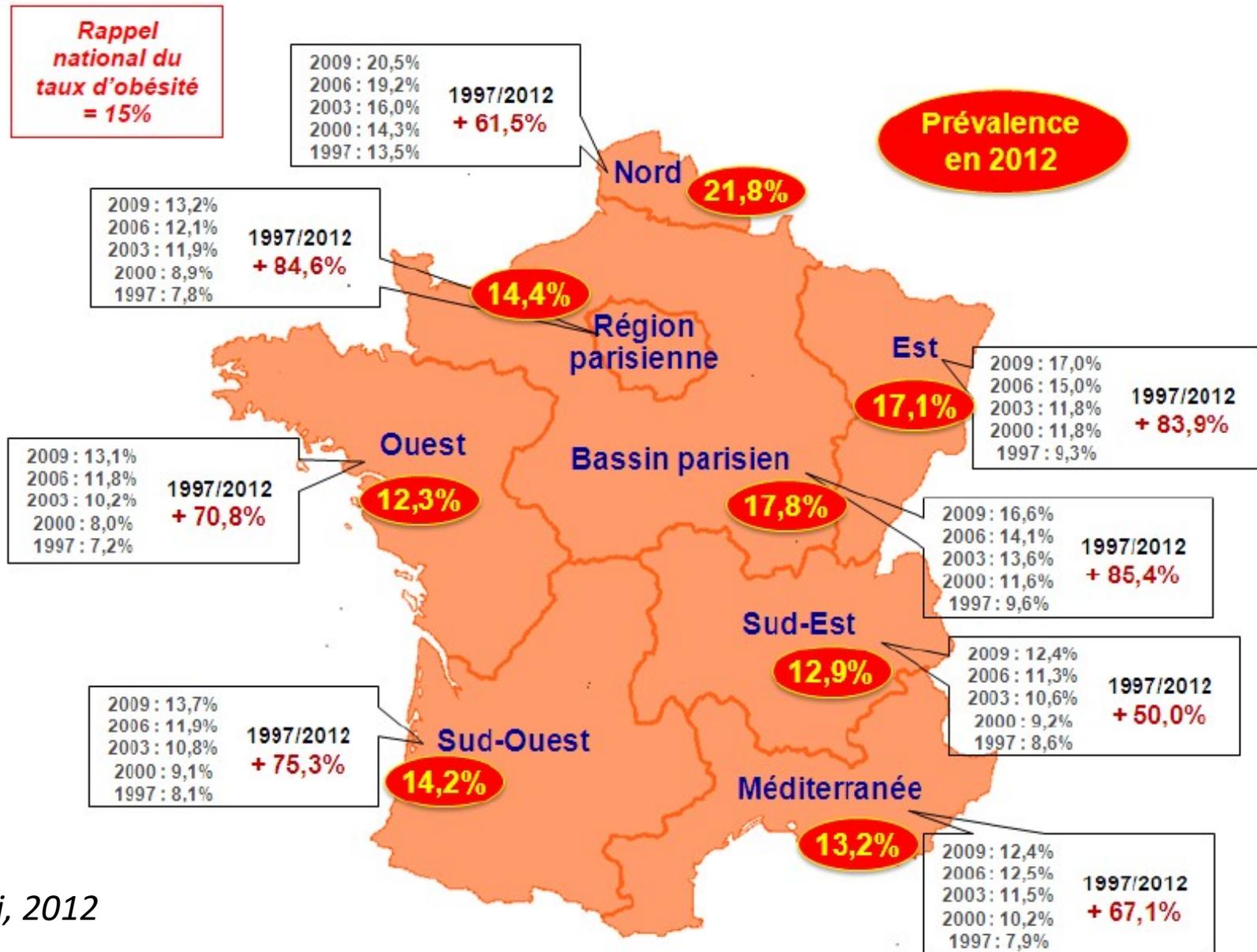
Obésité et grossesse

15% d'obèses en France

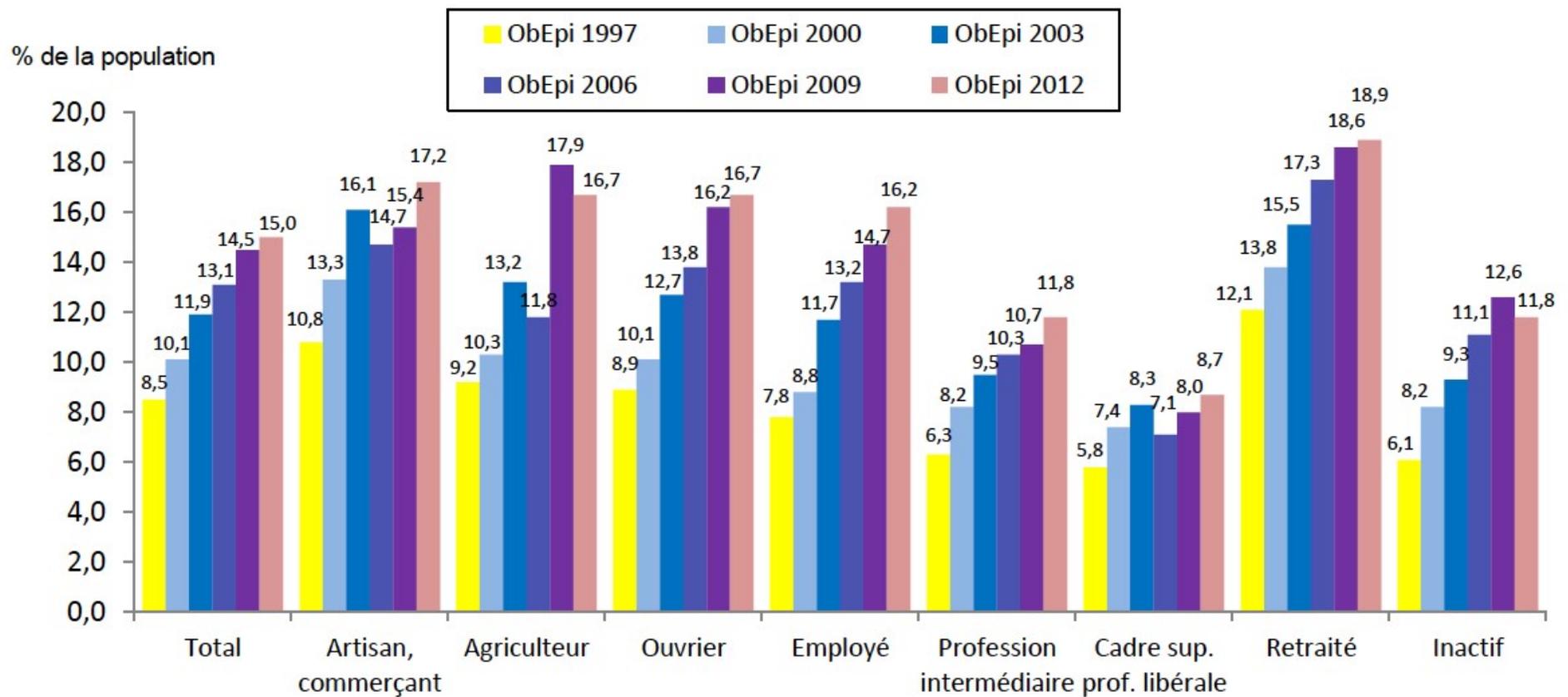
— Femmes
— Hommes



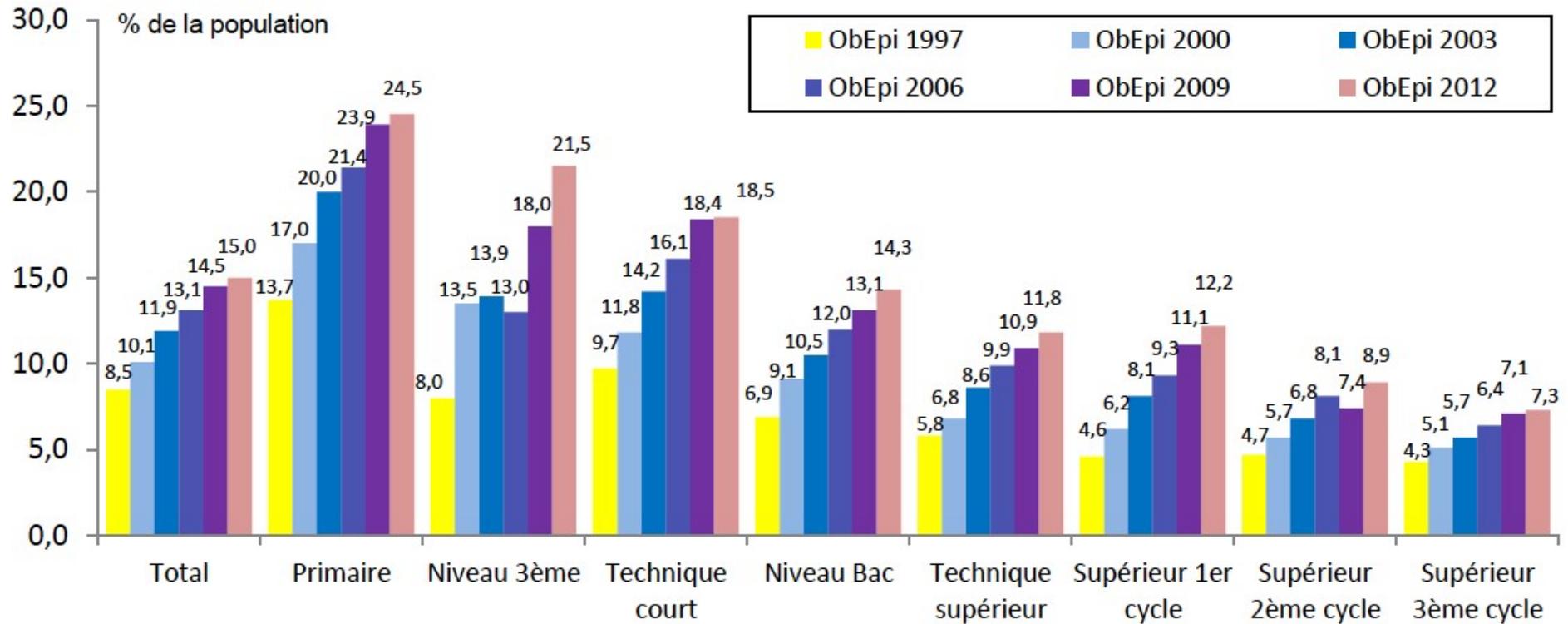
Obésité en France



Prévalence de l'obésité en France par CSP



Prévalence de l'obésité en France par niveau éducatif



Pourquoi devient-on obese?

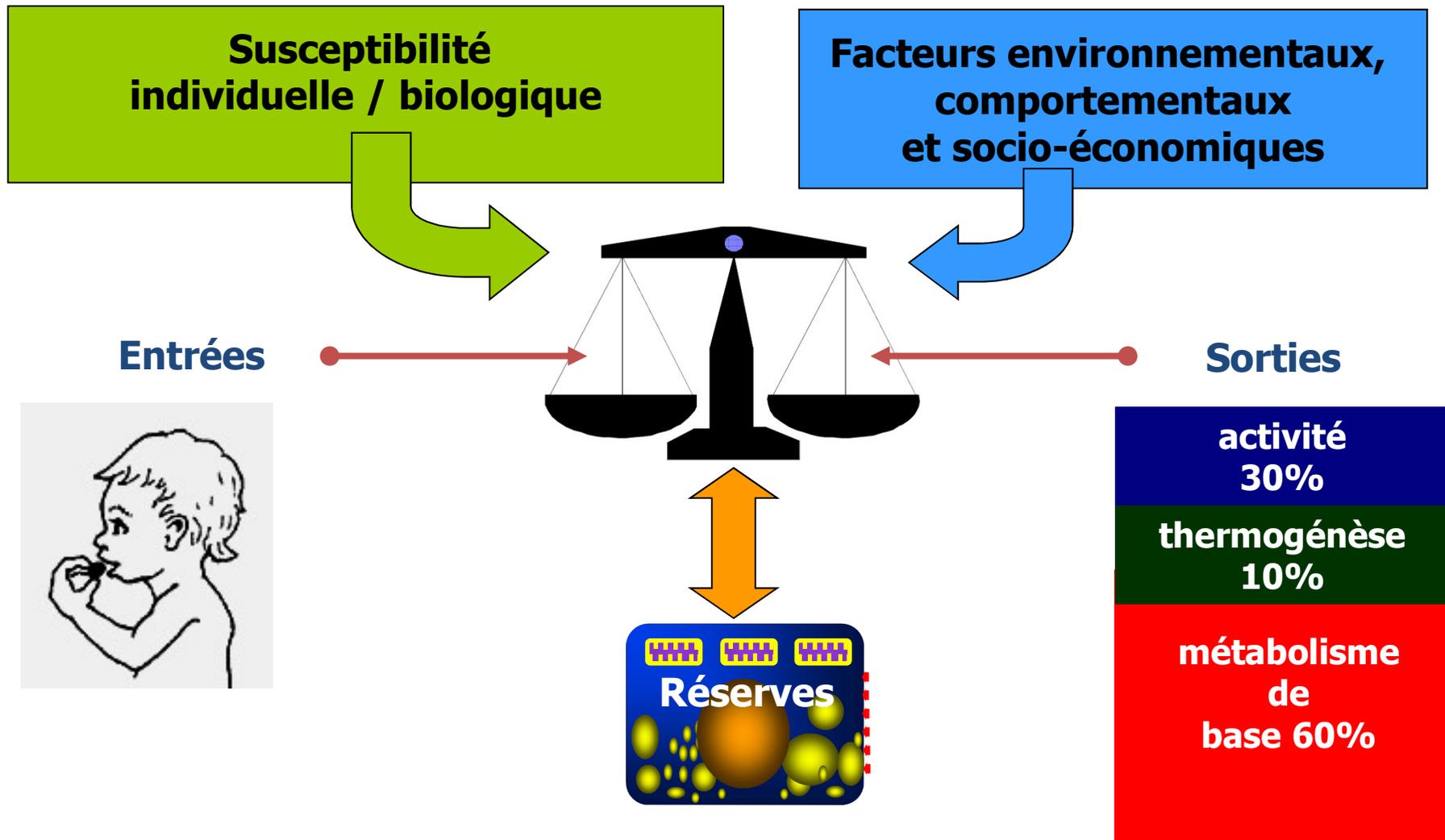
Le gain de poids est la résultante d'un déséquilibre de la balance énergétique



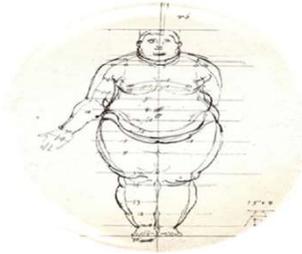
7000 kcal de déséquilibre correspondent à **1 kg** de poids

Le comportement alimentaire est régulé de manière à adapter les apports aux dépenses et maintenir stables les réserves de l'organisme

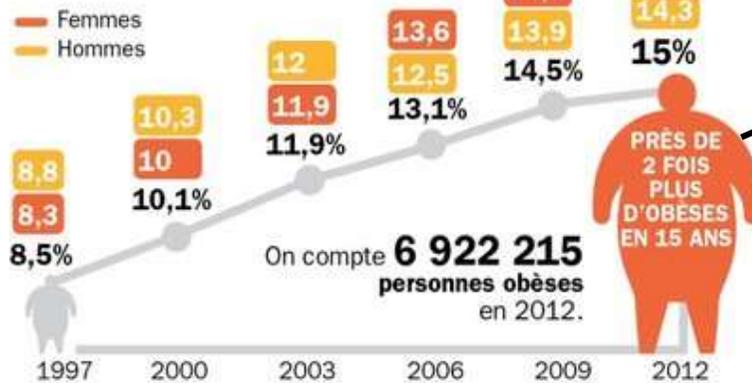
Homéostasie énergétique



Obésité et grossesse



15% d'obèses en France



Complications spécifiques

Fausse
Couches
précoces

Mort
foetale in
utéro

HTA
gravidique

Pré-
éclampsie

Macrosomie
foetale

Grosseti E et al, Obstetrical complications of morbid obesity, J Gynecologie Obstetrique Biol reprod, déc 2004
Ducarme et al, Grossesse des patientes obèses: quels risques faut-il craindre?, Gynecologie obstétrique Fertil, Janv 2007

Obésité et grossesse : Quels risques pour la mère?

Mortalité : L'obésité multiplie par 4 la mortalité (1)
½ décès chez patiente en surpoids ou obésité

(1) *Saving mother's lives : reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003 -2005*

Pré éclampsie : l'obésité est facteur de risque indépendant de Prééclampsie (2)
Risque surjouté (après ajustement) X 2 à 3
Ce risque ++++ : DT 2 et HTA chronique

(2) *Epidemiology , 2003*

Diabète gestationnel : facteur de risque de DG et plus l'IMC augmente plus le risque est augmenté

Diabète gestationnel

IMC	OR	IC 95%
< 20	0,75	0,69-0,82
20-25	1	Référence
25-29	1,97	1,77-2,19
30-35	3,01	2,34-3,87
≥ 35	5,55	4,27-7,21

Obes Rev 2009;10:194e203

Obésité et grossesse : Quels risques pour la mère?

Morbidité cardio-vasculaire (3)

(3) *Saving mother's lives : reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006 -2008*

Pathologie thrombo embolique

Accouchement avec extraction instrumentale / césarienne en urgence ou programmée
IMC > 50 : plus de 60 % de césarienne (4)

(4) *Obes Rev. 2008;9 635-83*

Hémorragie du post partum : Obésité : + 25 % , obésité de stade 3 : + 32 % (4)

Quelle prise en charge ?

Obésité et grossesse : quelle prise en charge ?

GAJ 1^{er}
trimestre :
DG !

Trisomie 21

Dès le 1^{er} trimestre +++++

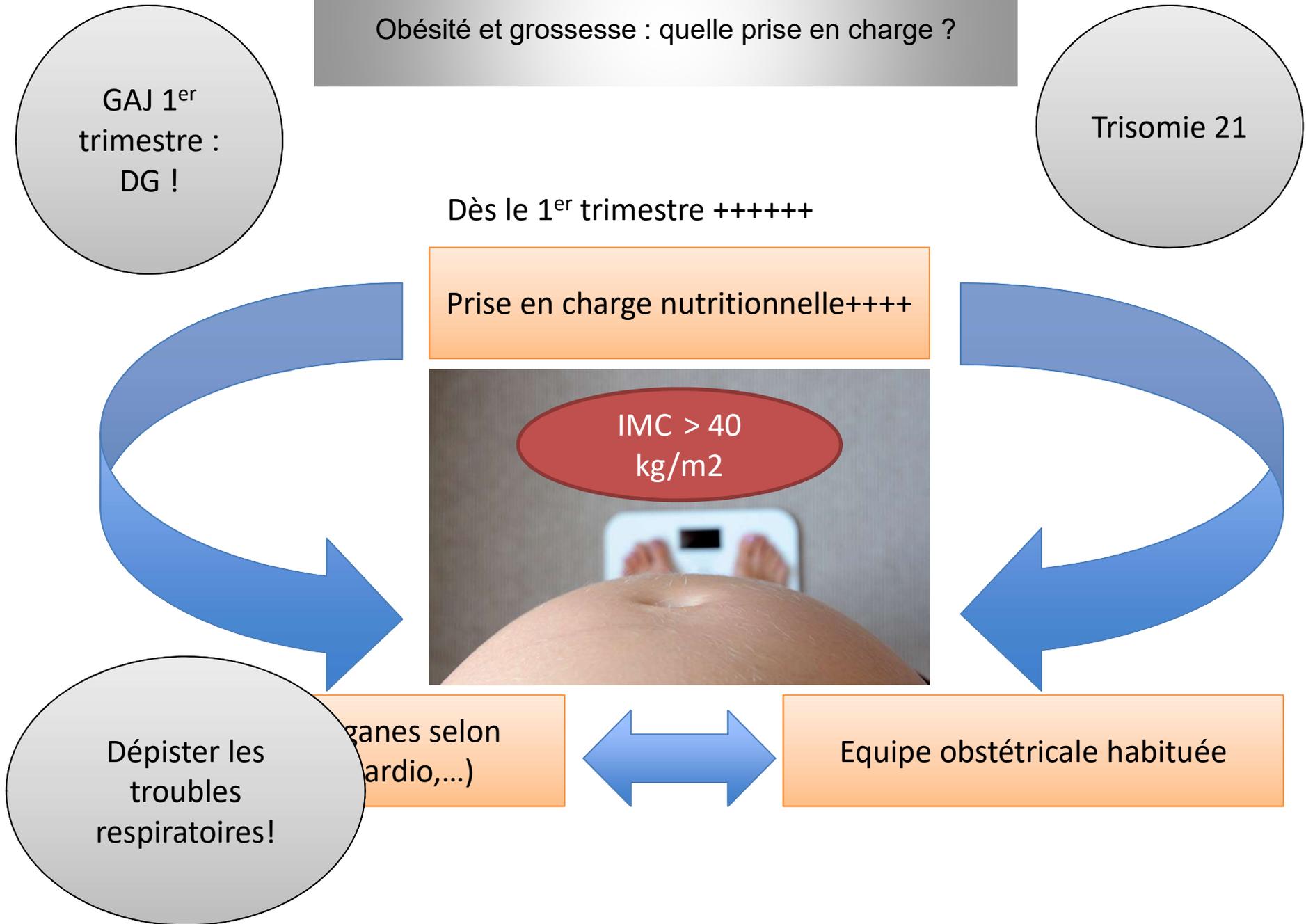
Prise en charge nutritionnelle++++

IMC > 40
kg/m²

Dépister les
troubles
respiratoires!

organes selon
(cardio,...)

Equipe obstétricale habituée



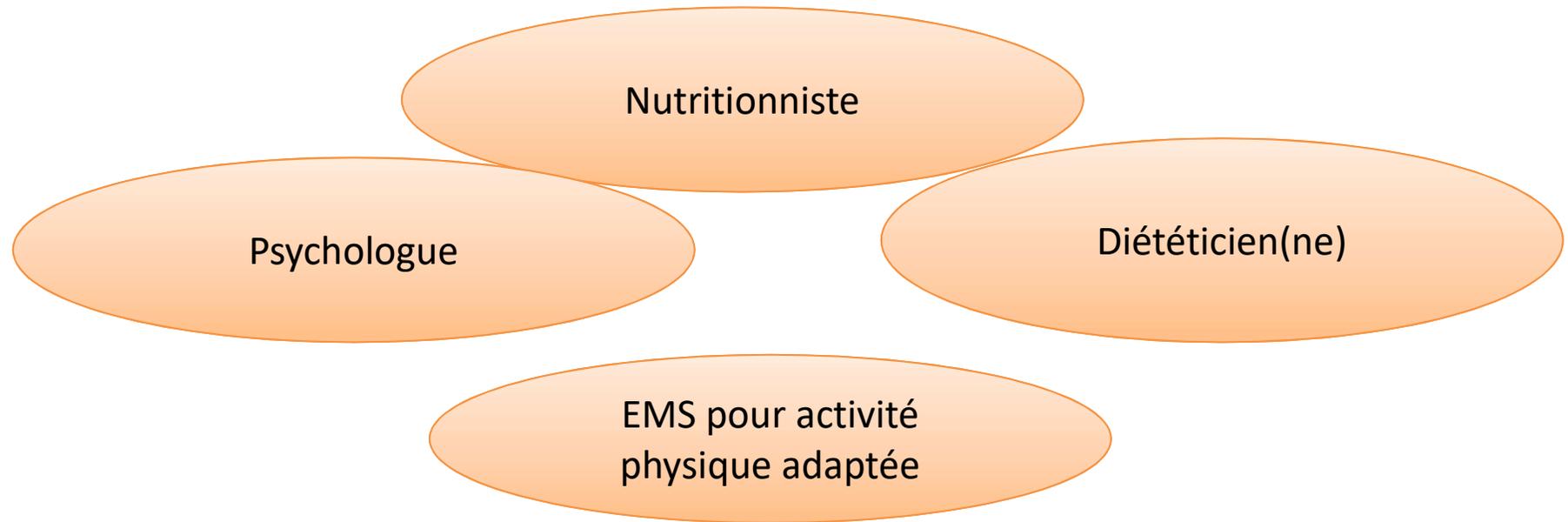
Interrogatoire: prise en charge nutritionnelle

- Demande, motivation du patient
- Atcds familiaux d'obésité et contexte de vie
- **Atcd personnel notamment de grossesse antérieure? DG? Mode d'accouchement, complications? Poids bébé?**
- histoire pondérale
 - Circonstances déclenchantes / poids max / régimes/ **poids pré gestationnel ++++**
 - **Prise de poids lors des précédentes grossesses?**
- Comportement alimentaire :
 - Sensation de faim, rassasiement, satiété / vitesse ingestion / TCA / rythme alimentaire
- « Enquête alimentaire » qualitative
 - Représentation alimentaire
- Activité physique
- Évaluation psychologique
 - estime de soi, dépression, image du corps

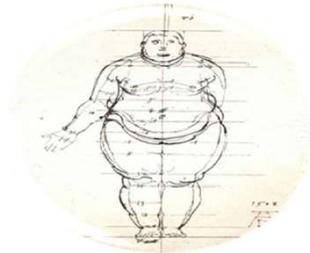
Troubles du comportement alimentaire

- **9 femmes / 1 homme**
- **Manger sans faim**
- **Hyperphagie prandiale** : augmentation des apports alimentaire au moment des repas
- **Tachyphagie** : rapidité particulière de la prise alimentaire, contribue à l'hyperphagie
- **Grignotage** : ingestion répétée, quasi automatique, de petites quantités de divers aliments, jugés agréables, non spécifiques, sans ressentir de faim ni d'appétit,
 - agréables/comportement "passif"/disponibilité des aliments/ennui/pas de culpabilité
- **Compulsions alimentaires** : consommation impulsive, brutale d'un aliment donné, souvent apprécié, typiquement en réponse à une envie plutôt qu'à la faim
 - soulagement, voire plaisir, puis culpabilité indépendante du volume de la prise alimentaire ,fin de journée, angoisse vespérale, perte du contrôle social

Prise en charge nutritionnelle



Accompagnement tout au long du 2eme et 3eme trimestre +++++



Obésité et grossesse



La maîtrise pondérale améliore
le pronostic obstétrical et néonatal



Règles Hygiéno-diététiques

Thangaratinam S et al, Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. BMJ mai 2012

Dodd, et al. Antenatal lifestyle advice for women who are overweight or obese: LIMIT randomised trial BMJ 2014

Prise en charge nutritionnelle: quelle prise de poids ???

- Recommandations de l' Institute Of Medicine (2009)

Catégories d'IMC pré-gestationnel	Prise de poids moyenne aux 2ème et 3ème trimestres (kg/sem)	Prise de poids totale recommandée (kg)
IMC < 18,5	0,5	12,5-18
$18,5 \leq \text{IMC} < 25$	0,4	11,5-16
$25 \leq \text{IMC} < 30$	0,3	7-11,5
IMC ≥ 30	0,2	5-9

Entre 5 à 9Kg de l'IOM quelquesoit IMC > 30 Kg????

Obésité et grossesse : quelle prise en charge ?

2ème trimestre

Consult
anesth++++

Prise en charge
nutritionnelle et
multidisciplinaire à
poursuivre

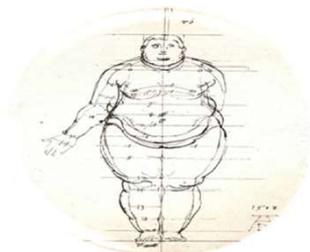
Dépistage
DG à
poursuivre
si GAJ
normale
par HGPO

3ème trimestre

Mode
d'accouchement??
Voie? Terme?

Dispo de
moyens
maternels
adaptés?

Equipe de néonats
Informée

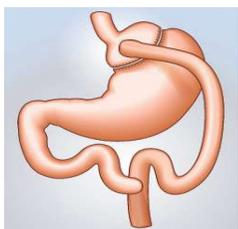


Chirurgie bariatrique et grossesse

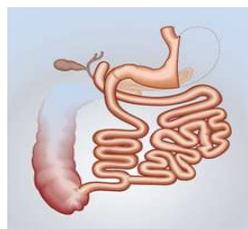


Chirurgies mixtes avec composante malabsorptive

By-pass
gastrique

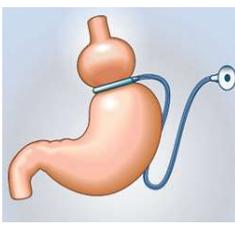


Duodénal switch

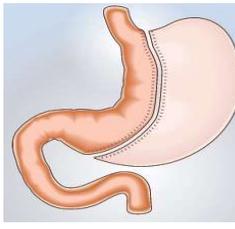


Chirurgies restrictives

Anneau
gastrique



Sleeve
gastrectomie





Chirurgie bariatrique et grossesse



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Outcomes of Pregnancy after Bariatric Surgery

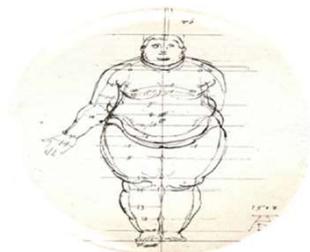
Kari Johansson, Ph.D., Sven Cnattingius, M.D., Ph.D.,
Ingmar Näslund, M.D., Ph.D., Nathalie Roos, M.D., Ph.D.,
Ylva Trolle Lagerros, M.D., Ph.D., Fredrik Granath, Ph.D.,
Olof Stephansson, M.D., Ph.D., and Martin Neovius, Ph.D.

Après chirurgie bariatrique

- Réduction du risque de diabète gestationnel (DG)
- Réduction de l'excès de poids fœtal
- Durée de gestation raccourcie
- Risque accru d'enfants de petit poids pour l'âge gestationnel

Johansson, et al, Outcomes of pregnancy after bariatric surgery, NEngl J Med, fevr 2015

Burke AE et al, Reduced incidence of gestational diabetes with bariatric surgery, J Am Coll Surg 2012



Chirurgie bariatrique et grossesse



Prise en charge
multidisciplinaire ++++ et
suivi rapproché



Plus de risque de complications chirurgicales notamment de Hernie interne

Nutritionnelle rapprochée avec substitution vitaminique et évaluation de l'état nutritionnel de manière rapprochée



Equipe obstétricale habituée

Merci de votre attention

