


RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p>RECOMMANDATIONS</p>	<p>Version du 07/01/2021</p>
	<p>PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE EN SITUATION D'OBESITE</p>	<p>Rédaction : Amandine BOILEAU Astiana BOYER Dr Emilie GAUCHOTTE Dr Delphine HERBAIN Dr Alexis MAATOUK</p> <p>Validation : Conseil de coordination</p>

I. Introduction

Chez les adultes, la mesure de l'Indice de Masse Corporel (IMC) permet d'estimer et classer un surpoids ou une obésité (1,2) :

- $IMC > 25 \text{ kg/m}^2 \rightarrow$ Surpoids ;
- $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2 \rightarrow$ Obésité (classe I) ;
- $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2 \rightarrow$ Obésité sévère (classe II) ;
- $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2 \rightarrow$ Obésité morbide (classe III) ;
- $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2 \rightarrow$ Obésité supra-morbide.

Chez la femme enceinte, l'obésité est un facteur de risque de complications obstétricales. L'IMC qui doit être pris en compte pour l'évaluation des risques est celui du **début de grossesse**. Les risques augmentent de manière linéaire à partir d'un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (3,4).

II. Conséquences de l'obésité chez les parturientes

a. Risque élevé de complications

Les parturientes en situation d'obésité présentent plus fréquemment (2–8) :

- **Des comorbidités** : diabète, troubles cardiovasculaires (HTA, coronaropathies, maladies thrombo-emboliques, dyslipidémies), troubles respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil) ;
- **Des pathologies gravidiques** : diabète gestationnel, HTA gravidique, prééclampsie ;
- **Des complications fœtales ou néonatales** : malformations fœtales, macrosomie, dystocie des épaules, naissance par césarienne, extraction instrumentale, prématurité, décès périnatal ;
- **Des complications maternelles en post-partum** : hémorragies du post-partum, pathologies cardiovasculaires, respiratoires ou infectieuses.

b. Spécificités dans la prise en charge

L'obésité des parturientes peut entraîner des **difficultés concernant la prise en charge** (2,5,9) :

- **Obstétricale :**
 - Diminution de la qualité des examens échographiques pouvant entraîner des erreurs diagnostiques (non visualisation de malformations, mauvaise estimation du poids fœtal, implantation du placenta erronée),
 - Réception du RCF altérée,
 - Réalisation des pH et des lactates au scalp plus compliquée.

- **Anesthésique :**
 - Difficulté d'accès aux voies aériennes supérieures (risque d'intubation difficile ou impossible majoré) et désaturation plus rapide et plus profonde (syndrome restrictif),
 - Difficulté d'abord veineux et de réalisation d'une anesthésie/analgésie périmédullaire.

Du fait des risques majeurs liés à l'anesthésie générale, il est impératif de mettre en œuvre tous les moyens permettant de prendre en charge les parturientes obèses sous anesthésie loco-régionale (matériel adapté, échographie disponible, opérateurs expérimentés) (2).

III. Prise en charge des parturientes obèses

a. Suivi de la grossesse et orientation

Le suivi de grossesse en cas d'obésité maternelle doit être de **type A1** : avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste conseillé (10).

En cas d'obésité, surtout si IMC \geq 40 kg/m², une anticipation du lieu d'accouchement doit être réalisée afin de réduire le risque de transfert en urgence en fin de grossesse. La maternité qui va assurer le suivi de la patiente doit être capable d'assurer la sécurité de la mère et du fœtus (2,4). Si la maternité initiale n'est pas en capacité de prendre en charge la patiente, cette dernière doit être orientée vers un établissement adapté **dès le deuxième trimestre** (11).

La consultation d'anesthésie doit être précocement organisée lors du troisième trimestre et doit avoir lieu dans la maternité receveuse (ou être répétée par la maternité receveuse si la consultation a déjà été réalisée sur la maternité initiale) (6).

Si la patiente présente un antécédent de chirurgie de l'obésité, une prise en charge pluridisciplinaire (obstétricien, anesthésiste, endocrinologue et équipe de nutrition) est recommandée (11).

En cas de doute sur la conduite à tenir, une discussion entre l'obstétricien et l'anesthésiste sur le bien-fondé d'une réorientation d'une patiente obèse est encouragée.

b. Critères pour le choix du lieu d'accouchement

L'orientation des patientes obèses ne doit pas être décidée en fonction du type de maternités (I, II ou III) mais en fonction des ressources dont chacune dispose.

Le lieu d'accouchement d'une parturiente obèse est à adapter en fonction de plusieurs critères (2,6,11) :

- Le choix de la patiente/du couple ;
- L'âge gestationnel et l'estimation du poids fœtal (maternités de niveau I, II ou III) ;
- L'existence d'anomalies fœtales ;
- La présence de comorbidités associées ;
- **Les ressources techniques, humaines et organisationnelles dont disposent les maternités pour prendre en charge la patiente en fonction de ses mensurations et de son poids (2,4) :**
 - Brassard du tensiomètre de taille adéquate,
 - Table d'examen et lit électrique adaptés,
 - Table de bloc opératoire adapté au poids de fin de grossesse de la parturiente,
 - Brancard adapté aux mensurations de la patiente,
 - Matériels d'analgésie locorégionale appropriés (aiguilles de différentes longueurs),
 - Professionnels assez nombreux pour mobiliser la patiente,
 - Chambre d'hospitalisation adaptée (critères des chambres pour les personnes à mobilité réduite),
 - Fauteuil roulant « grande taille ».

Pour information (12) :

- Un lit classique d'hôpital supporte généralement jusqu'à 200 kg,
- Une table d'opération conventionnelle peut supporter un maximum de 160 kg.

Bibliographie

1. OMS | Surpoids et obésité: définitions [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/fr/
2. Réseau Sécurité Naissance Naitre Ensemble Pays de La Loire. Anesthésie pour accouchement chez la parturiente obèse sévère ou morbide - Commission des anesthésistes [Internet]. 2012 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/RSN-anesth-acc-obesite-nov2012.pdf>
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
4. Richart P. Spécificités anesthésiques de la parturiente obèse [Internet]. Journées Lilloises d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence; 2016 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: https://www.jlar.com/Congres_antérieurs/JLAR2016/2016_parturiente_obese.pdf
5. Benayoun L, Centre Hospitalier de Perpignan, Naitre et Grandir en Languedoc Roussillon. Parturiente obèse et anesthésie : motif de transfert ? [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.nglr.fr/uploads/parturienteobselbenayoun.pdf>
6. Bonnin M. Prise en charge de la parturiente obèse morbide. 2015.
7. Cedergren MI. Maternal Morbid Obesity and the Risk of Adverse Pregnancy Outcome. Obstet Gynecol. févr 2004;103(2):219–224.
8. Sorbye LM, Klungsoyr K, Samdal O, Owe KM, Morken N-H. Pre-pregnant body mass index and recreational physical activity: effects on perinatal mortality in a prospective pregnancy cohort. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(10):1322-30.
9. Haute Autorité de Santé. Surpoids maternel et échographie foetale [Internet]. 2016 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/ssp_-_surpoids_maternel_et_echographie_foetale.pdf
10. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
11. Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement - Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2009 [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
12. Bazin J-E, Futier E. Environnement et positionnement du patient obèse au bloc opératoire. 2009;7.