

POINT DE VUE D'EXPERT

## Obésité et grossesse

## Obesity and pregnancy

P. Deruelle<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Pôle mère, enfant, nouveau-né, maternité Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 1, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> UPRES EA 4489, faculté de médecine Henri-Warembourg, université de Lille 2, PRES (Pôle de recherche et d'enseignement supérieur), 59045 Lille cedex, France

Reçu le 30 octobre 2010 ; accepté le 6 décembre 2010

Disponible sur Internet le 12 février 2011

### Résumé

Au cours de la grossesse, l'obésité augmente le risque de complications maternelles (HTA gravidique, diabète gestationnel) et fœtales (malformations, macrosomie). Les conditions de l'accouchement sont également plus difficiles, avec plus de césariennes et d'échecs de l'analgésie péridurale. Une organisation spécifique au sein des réseaux périnataux doit permettre une prise en charge optimale de ces patientes, en particulier en cas d'obésité morbide.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Obesity during pregnancy increases the risk of complications for both the mother (gestational hypertension, diabetes mellitus) and the newborn (malformations and macrosomia). Deliveries are also more difficult with more c-section and failure in peridural analgesia. A specific organization supported by the perinatal network should improve the management of these women, especially for morbid obesity.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Mots clés* : Obésité ; Grossesse ; Complications vasculaires ; Diabète gestationnel ; Macrosomie ; Malformations

*Keywords* : Obesity; Pregnancy; Vascular complications of pregnancy; Gestational diabetes; Macrosomia; Malformations

## I. INTRODUCTION

L'obésité est la maladie du siècle : dans nos sociétés, elle touche à tous les âges de la vie un nombre croissant d'individus et est responsable de pathologies médicales spécifiques qui posent un problème de santé publique. Elle a atteint un niveau épidémique dans les pays développés incitant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à désigner cette situation comme une importante menace de santé. 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,  $18,5 \leq \text{IMC} < 25$  : poids normal,  $25 \leq \text{IMC} < 30$  : surpoids,  $30 \leq \text{IMC} < 35$  : obésité classe I,  $35 \leq \text{IMC} < 40$  : obésité classe II ou sévère,  $\text{IMC} \geq 40$  : obésité classe III ou massive).

En France, la corpulence des femmes et hommes a nettement augmenté depuis 1981, avec une accélération depuis les années 1990. Cette évolution est particulièrement bien décrite dans notre pays par les enquêtes ObEpi [1], par celles de l'Institut de veille sanitaire (Étude nationale nutrition santé 2006) et par les enquêtes sur la santé et les soins médicaux de l'Insee [2]. Ces études montrent une augmentation continue de la prévalence de l'obésité qui est passée de 8,5 % en 1997 à 14,5 % en 2009, correspondant à une augmentation relative annuelle moyenne de 5,9 %, ou globale de 70 % en 12 ans. La répartition de ces obésités en 2009 était la suivante : 10,6 % d'obésité de classe I ( $30 \leq \text{IMC} < 35$ ), 2,8 %

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : philippe.deruelle@chru-lille.fr, pderuelle@free.fr

d'obésité sévère ( $35 \leq \text{IMC} < 39,9$ ) et 1,1 % d'obésité massive ( $\geq 40$ ).

De grandes différences géographiques sont observées en France, la prévalence de l'obésité la plus forte se situant dans le nord et l'est du pays, tandis que la plus faible se situe en Île-de-France et dans la zone méditerranéenne. Le nord de la France est la région la plus sinistrée comptant en effet 13 % de personnes obèses contre 8 % en Île-de-France [2], 18 % selon Nutrinet-Santé dans le Nord-Pas-de-Calais [3]. Ce processus touche toute la population mais de manière inégale selon les groupes sociaux. En effet, dans tous les pays développés, davantage de cas d'obésité apparaissent chez les sujets vivant dans des conditions sociales défavorisées, alors que l'inverse s'observe dans les pays en voie de développement, où la prévalence de l'obésité est plus importante dans les classes les plus aisées. En France, l'augmentation de l'obésité entre 1981 et 2003 a touché tous les milieux sociaux mais de grandes différences demeurent [2]. Sur la base des données déclaratives d'ObEpi [1] et d'un rythme d'évolution de la prévalence de 4 à 5 % par an, la France pourrait compter 25 % d'obèses en 2018 et près de 30 % d'obèses en 2020. À titre indicatif, les derniers résultats du National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) aux États-Unis en 2007–2008 indiquaient que 33,8 % des Américains étaient obèses [4]. La prévalence de l'obésité a plus que doublé chez les femmes aux États-Unis, passant de 16,5 (rapport de 1976–1980) à 37,7 % (au cours de la période 2007–2008). Les grands changements comportementaux et environnementaux observés depuis 30 ans sont sans doute à l'origine de cette ascension exponentielle de l'obésité, notamment du fait de l'augmentation des apports nutritionnels et de la diminution des dépenses énergétiques. Cependant, ils n'expliquent pas les variations observées entre les groupes sociaux et les sexes, qui font l'objet d'études sociologiques.

Hommes et femmes ne sont pas égaux devant l'obésité : en 2009, l'obésité touchait plus les femmes (15,1 %) que les hommes (13,1 %), contrairement au surpoids, plus fréquent chez les hommes [1]. Dans la population féminine, outre une progression plus rapide (+81,9 versus +57,9 %), une plus forte prévalence des obésités sévères (3,2 versus 2,3 %) et massives (1,6 versus 0,6 %) est observée. Enfin, depuis 1992, la corpulence moyenne des femmes augmente quel que soit l'âge et plus fortement chez les jeunes générations, pouvant faire craindre une accentuation du phénomène dans les années futures. L'obésité touchant de plus en plus de femmes jeunes, la période de grossesse n'est pas épargnée. Pendant la grossesse, la prévalence de l'obésité est estimée entre 6 et 25 %. La prévalence croissante de l'obésité amène les obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs qui exercent dans les maternités à faire face de plus en plus fréquemment à des parturientes qui présentent une obésité. Ce problème est préoccupant car il est clairement démontré que l'obésité est un facteur indépendant de complications fœtales et maternelles au cours de cette période. Plusieurs publications ont rapporté de nombreuses complications obstétricales et néonatales chez les patientes touchées par l'obésité [5–8] ; on observe ainsi dans cette catégorie de patientes un risque accru de diabète gestationnel (DG), de complications vasculaires, de

complications thromboemboliques, de macrosomie, d'accouchement par césarienne, en particulier en cas d'obésité massive [9,10]. Cet article propose une synthèse des complications obstétricales liées à l'obésité maternelle et des éléments de prise en charge afin d'optimiser le déroulement des grossesses chez ces patientes.

## 2. AUTOUR DE LA CONCEPTION

Le surpoids et l'obésité chez la femme sont associés à une diminution de la fertilité et une augmentation du risque d'avortement spontané précoce [11,12]. Les mécanismes qui expliquent ces perturbations sont multifactoriels, complexes et imparfaitement compris. L'obésité – en particulier lorsqu'elle prédomine au niveau abdominal – est associée à un déséquilibre des fonctions hormonales neuroendocrines et ovariennes induisant une hyperandrogénie relative et fonctionnelle, à l'origine de troubles du cycle menstruel (aménorrhées, cycles irréguliers) et de cycles anovulatoires [12]. L'insulinorésistance et l'hyperinsulinisme générés par l'obésité pourraient participer au moins en partie à ces déséquilibres hormonaux. Ce lien entre hyperandrogénie et obésité via l'hyperinsulinisme est particulièrement démontré en cas de syndrome des ovaires polykystiques, qui est classiquement associé à une hyperandrogénie et à une infertilité. Une perte de poids et un meilleur contrôle de l'hyperinsulinisme permettent par ailleurs de favoriser l'ovulation et d'augmenter la fertilité chez ces patientes [13].

## 3. AU COURS DE LA GROSSESSE

### 3.1. Complications maternelles

#### 3.1.1. Hypertension artérielle et complications vasculaires de la grossesse

En dehors de la grossesse, l'hypertension artérielle fait partie des complications rencontrées habituellement chez le sujet obèse. 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 ( $\times 2$  à 3) [14]. 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. En revanche, il n'existe pas de lien entre obésité et survenue d'un retard de croissance intra-utérin après exclusion des facteurs confondant, tels que l'hypertension artérielle et la prééclampsie [8].

#### 3.1.2. Diabète gestationnel

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 [7]. Par ailleurs, il existe une relation linéaire entre l'augmentation de l'IMC et le risque d'apparition d'un DG. En cas de surpoids, le risque relatif est de 1,7, alors

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949597>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949597>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)