

Avis : Cette directive clinique a été approuvée par le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Une révision est en cours.

N° 239, février 2010 (réaffirmée août 2018)

N° 239 - Obésité et grossesse

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de médecine fœto-maternelle, analysée par le comité de pratique clinique-obstétrique et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Gregory A.L. Davies, MD, Kingston (Ontario)

Cynthia Maxwell, MD, Toronto (Ontario)

Lynne McLeod, MD, Halifax (N.-É.)

Comité de médecine fœto-maternelle : Robert Gagnon, MD (président), Montréal (Qc); Melanie Basso, inf. aut., Vancouver (C.-B.); Hayley Bos, MD, London (Ont.); Marie-France Delisle, MD, Vancouver (C.-B.); Dan Farine, MD, Toronto (Ont.); Lynda Hudon, MD, Montréal (Qc); Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.); William Mundle, MD, Windsor (Ont.); Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Allison (N.-B.); Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Qc); Tracy Pressey, MD, Vancouver (C.-B.); Anne Roggensack, MD, Calgary (Alb.). Comité de pratique clinique-obstétrique : Dean Leduc, MD (président), Ottawa (Ont.); Charlotte Ballerman, MD, Edmonton (Alb.); Anne Biringer, MD, Toronto (Ont.); Louise Duperron, MD, Montréal (Qc); Donna Jones, MD, Calgary (Alb.); Lily Shek-Yun Lee, MSN, Vancouver (C.-B.); Debra Shepherd, MD, Regina (Sask.); Kathleen Wilson, sage-femme aut., Ilderton (Ont.). Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : Obesity, pregnancy, obstetric anaesthesia, Caesarean section, body mass index, ultrasound, decision to delivery interval

Résumé

Objectif : Analyser les données et formuler des recommandations en ce qui concerne le counseling et la prise en charge des parturientes obèses.

Issues : Parmi les issues évaluées, on trouve les effets de l'obésité maternelle sur l'offre de soins prénatals et intrapartum, ainsi que sur la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales.

Résultats : Des recherches ont été menées auprès de Statistique Canada, de Medline et de *The Cochrane Library* en vue d'en tirer la littérature portant sur les effets de l'obésité pendant la grossesse sur les soins prénatals et intrapartum, la morbidité et la mortalité maternelles, l'anesthésie obstétricale, et la morbidité et la mortalité périnatales. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction en fonction de la date ou de la langue n'a été mise en œuvre. Les recherches ont été régulièrement mises à jour et leurs résultats ont été incorporés à la directive clinique jusqu'en avril 2009. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : Les résultats cumulés ont été analysés et évalués par le comité de médecine fœto-maternelle et le comité de pratique clinique-obstétrique de la SOGC, sous la gouverne des auteurs principaux, et les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Avantages, désavantages et coûts : La mise en œuvre des recommandations formulées dans la présente directive clinique devraient sensibiliser davantage les cliniciens aux aspects qui doivent être pris en considération dans le cadre de la prise en charge des femmes obèses pendant la grossesse, améliorer la communication et la consultation au sein de l'équipe de soins

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(8):e640–e651

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.05.019>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

obstétricaux, et inciter les organismes fédéraux et provinciaux à sensibiliser les Canadiennes aux bienfaits du maintien d'un poids aussi santé que possible avant la grossesse.

Recommandations :

1. Les examens de santé périodiques et les autres consultations de nature gynécologique se déroulant avant la grossesse constituent des occasions idéales d'aborder le sujet de la perte de poids avant la conception. Les femmes devraient être incitées à présenter, avant la grossesse, un IMC < 30 kg/m² et, idéalement, < 25 kg/m² (III-B).
2. L'IMC devrait être calculé en fonction de la taille et du poids prégrossesses. Les femmes qui présentent un IMC prégrossesse > 30 kg/m² sont considérées comme étant obèses. Ce renseignement peut s'avérer utile dans le cadre du counseling visant les risques pour la grossesse qui sont associés à l'obésité (II-2B).
3. Les femmes enceintes obèses devraient se voir offrir des services de counseling au sujet du gain pondéral, de la nutrition et des choix alimentaires (II-2B).
4. Les femmes obèses devraient être avisées qu'elles sont exposées à des risques de complications médicales telles que les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires, l'hypertension gestationnelle, le diabète gestationnel et l'apnée obstructive du sommeil. La pratique régulière d'exercices pendant la grossesse peut contribuer à atténuer certains de ces risques (II-2B).
5. Les femmes obèses devraient être avisées que leur fœtus est exposé à un risque accru d'anomalies congénitales; un dépistage approprié devrait être mis en œuvre (II-2B).
6. Les fournisseurs de soins obstétricaux devraient tenir compte de l'IMC au moment de prendre des dispositions en vue de la tenue d'une évaluation anatomique fœtale au cours du deuxième trimestre. Une évaluation anatomique menée à 20–22 semaines pourrait s'avérer mieux indiquée pour ce qui est des patientes enceintes obèses (II-2B).
7. Les femmes enceintes obèses courent un risque accru de subir une césarienne; de plus, leur taux de réussite en ce qui concerne l'accouchement vaginal à la suite d'une césarienne connaît une baisse (II-2B).
8. Le tenue d'une consultation prénatale auprès d'un anesthésiste devrait être envisagée, afin de passer en revue les options en matière d'analgésie et de s'assurer de la mise en place d'un plan de prise en charge lorsque l'option de l'anesthésie régionale est retenue (III-B).
9. Le risque de thromboembolie veineuse de chaque femme obèse devrait être évalué. Dans certaines situations cliniques, le fait d'envisager une thromboprophylaxie devrait être personnalisé (III-B).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781517>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781517>

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