



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

156 273

ECOLE DE SAGES-FEMMES Albert FRUHINSHOLZ
NANCY



LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES OBÈSES



Mémoire présenté et soutenu par
Coralie ADROT
Née le 6 Avril 1978 à Clamart
Promotion 1997-2001

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 202106 5

ECOLE DE SAGES-FEMMES Albert FRUHINSHOLZ

NANCY



LA GROSSESSE CHEZ LES FEMMES OBÈSES

Mémoire présenté et soutenu par

Coralie ADROT

Née le 6 avril 1978 à Clamart

Promotion 1997-2001

Je t'ai donné congé

Mon corps je te donne congé
De mon regard tu es privé
Cachée derrière mon miroir,
Vénus : « je te dis au revoir ».

Le regard en paille de fer
Votre persiflage mes frères
Me mène tout droit en enfer,
Où m'attendent mes congénères !

Sapée de velours, l'ironie
En main de fer votre infamie,
Sur ma silhouette étoffée,
Se joue un vocable zélé !

De mon profil d'hippopotame,
A l'abri se cache mon âme,
Frêle ma tendresse de femme
Soudain poétise sa flamme.

Les mots sont des flèches vivantes,
Qui tuent au fond de notre cœur
Le dernier souffle de nos leurres
Murant l'estime sur la pente.

Un jour je serai libérée
De toute ma rotundité !
Alors je serai Hirondelle
Humant la flamme des chandelles !

Danièle GUENOT

REMERCIEMENTS

A Madame CRESSON pour ses nombreux coups de pouce,

A Madame le docteur Splingard et mesdames les diététiciennes de la maternité régionale de Nancy pour le stage en consultation de nutrition,

A Monsieur le docteur Séry pour ses conseils,

A David pour son aide technique et sa patience infinie,

A mes parents pour tout,

A Papy, j'espère que tu aurais été fier de moi.

SOMMAIRE



Intention particulière

Remerciements

Préface

Introduction

Première partie : L'obésité chez la femme

I.1. Généralités

I.2. Les étiologies

I.3. Les complications

I.4. Les traitements

Deuxième partie : Résultats d'enquête

II.1. Présentation de l'étude

II.2. Analyse des réponses par thème abordé

II.3. Influence de l'Indice de Masse Corporelle de la sage-femme

II.4. Réflexions spontanées des sages-femmes

Troisième partie : Conduite à tenir pour la grossesse

III.1. Commentaire des résultats

III.2. Recommandations pour la pratique clinique

III.3. Comment stopper la progression de l'obésité dans une famille atteinte

III.4. Avenir thérapeutique : la leptine

Conclusion

Bibliographie

Index des illustrations

Annexes

PRÉFACE

Ce sujet m'est venu à l'esprit en évoquant une patiente obèse rencontrée en salle de naissances. Chez elle, le rythme cardiaque fœtal était très difficile à capter, la hauteur utérine n'avait aucune signification. La perfusion a été difficile à poser ; un anesthésiste entraîné a été appelé pour poser l'analgésie péridurale, cela a duré deux heures et l'analgésie était très peu efficace et latéralisée. Toute l'équipe s'est relayée auprès d'elle pendant une dizaine heures, autant épuisantes pour elle que pour nous. Son travail s'est terminé dans les cris par une césarienne sous anesthésie générale. Son histoire m'est apparue comme un échec. Cela m'a fait réfléchir aux risques de l'obésité pendant la grossesse et l'accouchement. Je me suis demandé de quelle façon on aurait pu éviter les souffrances de cette patiente, et ce qu'on pourrait faire pour ne plus que cela se reproduise.



INTRODUCTION



L'obésité est actuellement un important problème de santé publique, elle concernait à la fin du XX^{ème} siècle, 20% de la population des pays industrialisés. Les priorités de l'OMS dans le domaine de la pathologie nutritionnelle pour le nouveau millénaire sont la prévention et la prise en charge de l'obésité. Cette maladie non transmissible est en constante évolution, à la fois dans les pays industrialisés et dans le tiers-monde.

Elle connaît de multiples origines. C'est une maladie caractérisée par un excès de graisses dans l'organisme, s'exprimant par une surcharge pondérale. Mais la définition de l'obésité n'est pas internationale. L'obésité se distingue par un poids à partir duquel la morbidité et la mortalité augmentent sensiblement. Les maladies qui lui sont associées correspondent aux affections retrouvées pendant la grossesse et que l'on caractérise de « gravidiques » (par leur façon d'apparaître et de disparaître avec la grossesse). Ces maladies peuvent pré-exister à la grossesse ou celle-ci peut être le facteur prédisposant permettant de les découvrir alors qu'elles étaient précédemment à l'état latent.

Quels sont les caractéristiques de l'obésité ? La femme obèse est-elle menacée de développer un plus grand nombre d'affections pendant sa grossesse ? Que connaissent les sages-femmes en exercice sur l'obésité ? Que pouvons-nous faire pour rendre les grossesses des femmes obèses plus sûres ?

J'ai choisi comme sujet de mémoire « la grossesse chez les femmes obèses ». En effet, l'obésité mérite une surveillance particulière avant, pendant et après la grossesse. J'axerai donc mon mémoire sur les facteurs de risque de l'obésité pour toute femme atteinte, et plus particulièrement lorsqu'elle est enceinte. Puis je présenterai l'étude que j'ai réalisée et je proposerai enfin un plan de surveillance et des conseils pratiques pour la grossesse, ainsi que des moyens de prévention de l'obésité chez l'enfant.

Première Partie



L'obésité est
une maladie

I.1. Généralités

I.1.1. Epidémiologie

D'après une étude réalisée par la Sofres en 1997, l'obésité concernait en France chez les plus de 15 ans 8,4% des hommes et 7,9% des femmes. On retrouve ici la prévalence de l'obésité qui concerne un peu plus d'hommes que de femmes. D'après cette même étude, la classe d'âge la plus touchée est celle des 45-54 ans pour les femmes (55-64 ans tous sexes confondus). Les professions les plus atteintes sont les artisans commerçants, les agriculteurs et les ouvriers : on remarque une relation inversement proportionnelle entre les revenus et l'IMC.

L'obésité ne touche pas plus un groupe ethnique qu'un autre mais le niveau de vie influence la prévalence de cette maladie. Les populations des pays en développement -et plus ou moins habituées aux restrictions alimentaires- ont acquis un métabolisme « économe » et ont donc une tendance, génétiquement acquise par ces privations, à faire des réserves quand cela leur est possible. C'est-à-dire que lorsque leur niveau de vie augmente, ils ont tendance à prendre du poids. L'obésité devient une épidémie dans ces pays. Mais il faut d'abord définir cette maladie avant d'en dire plus.

I.1.2. Définition

Elle varie selon l'ancienneté des ouvrages consultés et leurs auteurs. C'est une maladie chronique non transmissible entraînant des risques pour la santé, pour le bien-être psychologique et social. J'ai trouvé de nombreuses méthodes pour calculer le poids idéal, des « scores » permettant de différencier la maigreur de l'obésité, de calculer le poids pour lequel vous encourrez le moins de risques pour votre santé, et c'est là le fin mot du problème. Il n'existe pas de poids idéal pour telle ou telle personne mais plutôt un poids dans lequel elle se sent à l'aise, bien dans sa peau et pour lequel son organisme pourra fonctionner au mieux. Voici donc quelques méthodes de calcul utilisées :

- certaines compagnies d'assurances américaines ont établi des tables de poids idéal pour une taille donnée, garantissant une espérance de vie plus longue ; à moduler selon différents paramètres tels que votre sexe, votre charpente osseuse, etc. Elles ne sont pas très fiables, trop de paramètres entrant en ligne de compte (7) ;
- la formule de Lorentz permet de calculer le poids idéal en kilogrammes qui est égal à la taille en centimètres - 100 - $(\{taille - 150\} / N)$; (N étant égal à 4 pour l'homme et 2 pour la femme) ; mais la notion de poids idéal est actuellement en régression et cette formule est de moins en moins utilisée ;
- la plus utilisée dans les travaux de recherche et de plus en plus en clinique est l'indice de masse corporelle ou IMC (BMI comme body mass index dans sa version anglophone). On calcule cet indice en divisant le poids d'une personne (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres). Cette formule est la plus fiable actuellement, elle est simple et

utilisable sans distinction pour les hommes et les femmes. On peut résumer les résultats dans un tableau¹ :

IMC=poids/taille ²	CLASSIFICATION	RISQUE POUR LA SANTE
inférieur à 18,5	maigreur	aucun modérément augmenté nettement augmenté
18,5 à 24,9	poids normal	
25 à 29,9	surpoids	
30 à 34,9	obésité modérée	
35 à 39,9	obésité sévère	
supérieur à 40	obésité morbide	

Tableau 1: Définition de l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle

On définit ainsi l'obésité comme un excès de masse grasse caractérisé par un indice de masse corporel supérieur à 30 kg/m², entraînant une morbidité augmentée par rapport à la population générale. Les sujets en surpoids avec un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m² doivent faire l'objet d'une surveillance afin de prévenir l'apparition de complications. Pour l'enfant, on a établi des courbes d'IMC selon le sexe et l'âge, l'obésité infantile se définit par un IMC supérieur au 90^{ème} percentile de ces courbes (16).

D'autre part, l'obésité peut être de plusieurs types : gynoïde, elle est caractérisée par des dépôts de graisse au niveau des hanches et des cuisses et se rencontre plutôt chez les femmes ; androïde, avec une augmentation du volume du tronc et qui concerne plus d'hommes ; mixte ou « harmonieuse », pour laquelle le haut et le bas du corps sont également touchés par l'excès de graisse (7).

Je vais maintenant aborder les nombreuses causes qui amènent un individu à devenir obèse.

¹ Dr MEQUIGNON Ch. *Prise en charge de l'obésité chez l'adulte* Tout prévoir, 1999, 304, p. 6-10

I.2. Les étiologies

L'obésité résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques de l'organisme. Ce décalage peut être dû à une diminution de l'activité physique ou un excès d'apports alimentaires. La plupart des obésités sont le plus souvent multifactorielles.

I.2.1. Primaires

Il n'existe pas à proprement parler de gène de l'obésité, mais on a retrouvé chez des familles d'obèses des gènes de susceptibilité (dont un situé sur le chromosome 10) qui induisent un risque augmenté d'obésité quand l'individu se trouve dans un environnement favorisant (4). La preuve en est que le risque pour un enfant de développer une obésité à l'âge adulte augmente selon qu'il a des parents de poids normal, qu'un de ses parents est obèse ou que la maladie concerne ses deux parents. Néanmoins, ce caractère familial peut être expliqué par de mauvaises habitudes alimentaires acquises dans la famille que l'enfant « subit » puis reprend à son compte quand il devient adulte.

Il y a peu d'obésités primaires, par contre beaucoup de maladies entraînent une prise de poids et une obésité secondaire.

I.2.2. Etiologies secondaires

Il existe des maladies génétiques et des syndromes qui comprennent une obésité dans les symptômes qu'ils regroupent :

- le syndrome de Prader-Willi qui touche un enfant pour 10000 naissances. Ces enfants, atteints d'une hypotonie néonatale et d'un retard locomoteur ont un déficit mental fréquent et des difficultés psychologiques. Leur comportement alimentaire est caractérisé par une

anorexie dans les premiers mois puis par des compulsions. L'obésité qui y est associée est massive et entraîne de multiples complications conduisant le plus souvent à une mortalité avant l'âge de 40 ans ; (7)

- des maladies génétiques autosomiques récessives : syndromes de Ahlstrom, Bardet-Biehl, Carpentier, Cohen ; elles sont rares et sont composées d'une obésité précoce, d'un hypogonadisme, d'une petite taille et d'un retard mental.

D'autre part, certaines lésions de l'hypothalamus comme une tumeur, une inflammation, un traumatisme ou une intervention chirurgicale peuvent entraîner une hyperphagie avec l'apparition d'une obésité secondaire ; ces lésions peuvent aussi être le point de départ d'une hypertension intracrânienne, de troubles endocriniens et de troubles neurologiques. Le traitement de ces manifestations est celui de leur étiologie.

La prise de poids peut avoir une origine endocrinienne, la cause la plus fréquemment rencontrée est l'hypothyroïdie, cette maladie est fréquente chez les femmes et facilement traitable avec résolution rapide si ce n'est de l'obésité au moins de la prise de poids. Les autres endocrinopathies rencontrées, sont le syndrome des ovaires polykystiques dont je reparlerai, les pseudo-parathyroïdies, le syndrome de Cushing, les déficits en hormone de croissance et les insulinomes.

L'obésité est une maladie à part entière avec son lot de maladies associées ou complications.

I.3. Les complications

I.3.1. Sur le plan général

L'obésité entraîne un surcroît de travail pour l'organisme qu'il peut lui être difficile de gérer. Les complications de l'obésité sont des maladies qui peuvent survenir chez tout un chacun à la maturité et qui arrivent bien plus tôt sur un terrain fragilisé par une surcharge pondérale. Il est donc évident que le nombre et la précocité des complications seront corrélées à l'importance de la surcharge pondérale.

I.3.1.1. L'hypertension artérielle

C'est une grande complication de l'obésité, sa prévalence est doublée par l'excès de poids chez les adultes de moins de 40 ans², sa fréquence est plus importante dans les obésités androïdes. Cette hypertension est due à une mauvaise adaptation du système hémodynamique à l'augmentation de la masse sanguine impliquant également une augmentation du travail rénal. Pour obtenir un diagnostic sûr de l'hypertension, la mesure doit être fiable et être pratiquée avec un brassard à tension adapté c'est-à-dire long et large.

I.3.1.2. Les maladies cardio-vasculaires

Leur risque d'apparition est potentialisé par l'hypertension artérielle comme nous l'avons déjà vu et par le diabète et l'hypertriglycéridémie. L'augmentation de la volémie de l'obèse surcharge le travail cardiaque et entraîne une hypertrophie ventriculaire gauche ; il existe ainsi un allongement de l'espace QT à l'électrocardiogramme, qui est parfois à l'origine d'arythmies ventriculaires et par ce biais de morts subites. L'obésité fait partie des grands facteurs de risque d'infarctus du myocarde.

² FRICKER J. *Obésité* Paris : Masson, 1995.- 308p. (Abrégés de Médecine)

I.3.1.3. Le risque thrombo-embolique

La surcharge pondérale entraîne une réduction du retour veineux et une accélération de l'évolution des varices d'où une augmentation du risque thrombo-embolique surtout lors d'un acte chirurgical ou d'un alitement prolongé. La fréquence des accidents vasculaires cérébraux est accentuée, surtout par l'intermédiaire de l'hypertension artérielle et du diabète.

I.3.1.4. Le diabète non insulino-dépendant

C'est la principale complication de l'obésité : dans les pays occidentaux, 60 à 90 % des diabétiques de type II sont obèses³. Il est un peu plus fréquent dans les formes androïdes. Ce diabète est souvent amélioré voire normalisé par un amaigrissement : il arrive qu'on puisse supprimer un traitement par hypoglycémifiants oraux grâce à une perte de poids.

I.3.1.5. L'hyperuricémie (7)

Une hyperuricémie est constatée pendant la prise pondérale et une fois que l'obésité est constituée, ce qui augmente le risque de formation de lithiases biliaires. Un amaigrissement rapide a aussi tendance à accroître l'uricémie et l'augmentation de la boisson est alors conseillée pour limiter les risques de complications. Cela ne signifie pas que l'étalement de la perte de poids dans le temps protège contre les lithiases biliaires, mais on doit rester vigilant face à ce risque.

³ FRICKER J. *Obésité* Paris : Masson, 1995.- 308p. (Abrégés de Médecine)

I.3.1.6. Les dyslipidémies

L'obésité s'accompagne très souvent d'hypercholestérolémie, d'hypertriglycéridémie (chez deux hommes obèses sur trois) impliquant une augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires.

I.3.1.7. Les complications respiratoires (7)

Le surpoids entraîne des risques sur le plan respiratoire, liés à un excès de graisse au niveau du diaphragme, des côtes et de l'abdomen qui gêne l'expansion de la cage thoracique. Cette gêne réduit le volume de réserve expiratoire alors que la capacité vitale et la capacité pulmonaire totale sont altérées. La ventilation des lobes pulmonaires inférieurs est donc réduite alors que le volume vasculaire pulmonaire augmente proportionnellement au poids, cela conduit à une hypoxémie avec augmentation de la fréquence respiratoire et normalisation de la capnie. Le syndrome d'apnée du sommeil est beaucoup plus rare, il touche surtout les hommes, alternant des périodes de ronflement à des pauses respiratoires pendant leur sommeil. L'origine est centrale, obstructive ou mixte. Ce syndrome majore les risques de mort subite. Toujours chez les hommes, on peut rencontrer le syndrome de Pickwick qui se manifeste par une somnolence, d'abord pendant les périodes de digestion et d'inaction puis pendant une activité, même chez un sujet debout et qui s'accompagne de myoclonies.

I.3.1.8. Les complications articulaires

Il y a peu d'études à ce sujet mais on remarque une association entre l'obésité et l'arthrose surtout au niveau des articulations des mains, et des genoux.

I.3.1.9. Aspects psychologiques



La vie d'une personne obèse n'est pas rose tous les jours et elle rencontre des difficultés lors de tous les actes de la vie courante. Dès sa petite enfance, elle subit les railleries de ses camarades de classe : les enfants ne sont pas tendres entre eux. Pendant l'adolescence, c'est souvent l'isolement, on ne veut pas être vu avec une « grosse » alors on ne lui parle pas, on la laisse dans son coin. Puis vient la recherche d'un emploi : tout va bien tant que l'employeur ne vous a pas vu, puis alors qu'on était en bonne place, un élément ridicule vous exclut de la compétition. Les obèses trouvent rarement du travail en relation avec la clientèle, on préfère les cacher dans les bureaux.

Ne parlons pas des difficultés lorsqu'un « super-obèse » veut voyager : il a du mal à pénétrer dans sa voiture et s'il essaie de ne pas avoir le ventre coincé par le volant, il n'atteint pas les pédales... Dans les avions, on veut lui faire payer le double du prix normal sous prétexte qu'il occupe deux places, alors que les places de train en deuxième classe ne lui permettent pas de passer entre deux sièges. Toutes ces contraintes qui sont imposées par l'idéal de la minceur ont des effets plus que néfastes sur le bien-être psychologique et social des personnes obèses qui sont souvent traitées pour des syndromes dépressifs.

I.3.2. Sur le plan gynécologique

I.3.2.1. Les cancers

Je préfère parler ici de l'association entre obésité et cancers car le seul lien qui ait pu être établi entre ces deux pathologies reste dans le domaine gynécologique. Les sites de développement cancéreux favorisés par l'obésité sont en effet l'endomètre et les seins chez la femme ménopausée ; le risque étant sans doute augmenté par l'hyperœstrogénie associée à l'obésité.

I.3.2.2. Le syndrome des ovaires micro-polykystiques

Ce syndrome est composé d'une anovulation et d'une hyperandrogénie chroniques (par augmentation de la testostérone libre). Ces signes sont associés fréquemment mais inconstamment à une obésité et à un aspect échographique caractéristique des ovaires dont la surface est recouverte de microfollicules (10). La forme majeure de ce syndrome est le syndrome de Stein-Leventhal qui associe un hirsutisme, une aménorrhée, une obésité et une hyperplasie ovarienne (due aux microkystes). Ce syndrome est compliqué chez 75% des obèses qui en souffrent par une insulino-résistance et un hyperinsulinisme pouvant accentuer l'hyperandrogénie déjà présente et ses signes cliniques.

I.3.2.3. La contraception

Les oestro-progestatifs sont contre indiqués chez les femmes obèses, par l'augmentation des risques cardio-vasculaires et thrombo-emboliques lorsqu'il existe d'autres facteurs favorisant comme l'hypertension, le diabète ou l'hyperlipidémie. Leur utilisation sera prudente

et la surveillance rapprochée en cas d'obésité non compliquée après un bilan biologique car la pilule peut révéler une pathologie latente.

Tous les autres moyens de contraception peuvent être utilisés dans les limites de leurs possibilités de réalisation. Je pense ici aux méthodes locales : pour les utiliser, les femmes doivent apprendre à connaître leur anatomie, la masse adipeuse recouvrant leur appareil génital ne leur permettant pas toujours d'y accéder facilement.

I.3.2.4. Les troubles de la fertilité

La fertilité est diminuée chez les femmes obèses par des troubles du cycle de type aménorrhée ou spanioménorrhée avec anovulation. Les causes de ces perturbations sont une hyperandrogénie et un hyperinsulinisme ; ces deux facteurs sont liés entre eux ainsi qu'aux troubles de l'ovulation mais on ne sait pas encore lequel des deux est l'élément favorisant.

La diminution de la fertilité des femmes obèses n'est pas due à l'obésité en elle-même, mais elle est favorisée par les troubles de l'équilibre hormonal qu'elle induit. Les causes de prise en charge en fécondation in vitro des patientes obèses sont sensiblement les mêmes que celles de population générale si ce n'est une incidence plus élevée du syndrome des ovaires polykystiques : lors d'un traitement inducteur de l'ovulation, ces femmes ont besoin de doses plus élevées de citrate de clomifène. La seule perte de poids peut suffire à améliorer la fertilité en rétablissant une ovulation cyclique et elle améliorera le traitement par des inducteurs de l'ovulation (1).

I.3.3. Sur le plan obstétrical

I.3.3.1. Le suivi de la grossesse

Le problème de l'obésité se pose dès le diagnostic de grossesse qui est rendu difficile par l'irrégularité fréquente des cycles : un retard de règles sera moins vite détecté quand il existe une spanioménorrhée. Les difficultés continuent avec l'examen, lorsque la possibilité d'une grossesse est évoquée : la paroi abdominale gêne le palper et le toucher vaginal ; le diagnostic est le plus souvent établi d'après le dosage sanguin des β HCG. La datation précise de la grossesse sera ensuite échographique, obligatoirement par voie endovaginale de nouveau à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

On essaiera pendant la grossesse d'aider la patiente obèse à limiter sa prise de poids au maximum ; un tableau⁴ peut nous aider à voir plus clair par rapport à la prise de poids idéale recommandée pendant les 9 mois d'une grossesse :

IMC AVANT LA CONCEPTION	PRISE DE POIDS RECOMMANDÉE
Inférieur à 19,8	12,5 à 18 kg
19,8-26,0	11,5 à 16 kg
26-29	7 à 11,5 kg
Supérieur à 29	6 à 10 kg

Tableau 2: Prise de poids recommandée selon l'indice de masse corporelle de début de grossesse

En effet, dans le cas d'une femme maigre avant la grossesse, il lui faut d'abord « rattraper » son retard pondéral avant de prendre du poids pour son enfant. Alors qu'une femme obèse part déjà avec une surcharge, elle a de quoi subvenir aux besoins de son enfant donc le poids qu'elle va prendre

⁴ FRICKER J. *Obésité* Paris : Masson, 1995.-1vol.,308p. (Abrégés de Médecine), p283

ne correspond qu'aux nouveaux tissus du fœtus ; ainsi, il ne risque pas d'être hypotrophe. De plus, chez la femme obèse la fréquence des complications augmente avec l'importance de la prise pondérale. On conseillera donc une prise en charge par un nutritionniste ou au moins par une diététicienne pour limiter la prise de poids avec un régime hypocalorique qui ne devra pas être trop restrictif.

La prise en charge de la grossesse sera ensuite celle d'une grossesse à risques. L'incidence des co-morbidités de l'obésité est accentuée par les complications de la grossesse et on retrouve très fréquemment une hypertension artérielle avec un risque augmenté de toxémie gravidique sans que le poids fœtal en soit beaucoup diminué.

L'équilibre glycémique d'une femme obèse, nous l'avons vu, est précaire et le risque de développer un diabète pendant la grossesse est important, elle sera donc étroitement surveillée sur ce point : il n'y a pas de consensus dans ce domaine, les contrôles sont donc différents selon les maternités. On peut réaliser une glycémie à jeun (effectuée à n'importe quel moment de la grossesse, parfois après la découverte d'une glycosurie) ou un test de O'Sullivan entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée et établir le diagnostic avec une hyperglycémie provoquée par voie orale à 100 grammes de glucose si le dépistage est positif. L'essentiel est de diagnostiquer les diabètes gestationnels et de les traiter efficacement pour éviter au maximum une macrosomie fœtale.

L'incidence des complications infectieuses de la grossesse ne semble pas varier avec l'obésité (5), leur dépistage par examen cyto bactériologique des urines ou des sécrétions vaginales sera donc effectué devant des signes cliniques.

I 3.3.2. L'accouchement

Une étude a été réalisée en 1994 à l'hôpital de Montpellier sur 115 parturientes réparties en deux groupes : un groupe de femmes de poids normal et un groupe de femmes en surpoids. Cette étude portait sur l'analyse des différentes phases de travail chez ces patientes. Les résultats montrent que 25 % des femmes obèses ont été déclenchées, contre 7 % dans le groupe témoin, le déclenchement du travail des femmes obèses était motivé par des dépassements de terme et des ruptures de membranes de plus de 36 heures ; les femmes du groupe témoin ont uniquement été déclenchées pour terme dépassé. Malgré ces déclenchements, le terme de l'accouchement était similaire dans les deux groupes. On a eu recours à l'analgésie obstétricale dans 82 % chez les femmes obèses (par de la nalbuphine ou par péridurale) contre 64 % dans le groupe témoin. La durée moyenne de travail était différente entre les deux groupes : 5h30 pour le groupe témoin et 6h30 pour les obèses. La différence dans le taux de césariennes n'est pas statistiquement significative (échantillon insuffisant) mais la plupart d'entre elles étaient réalisées pour dystocie et non pour souffrance fœtale aiguë. Les enfants du groupe témoin pesaient en moyenne 3242 grammes contre 3420 grammes pour les enfants de mères obèses, parallèlement leurs placentas étaient eux aussi de poids plus important : 600 contre 650 grammes. Leurs scores d'Appgar à 1 mn et 5 mn de vie ne présentaient pas de différence. (11)

D'autres études montrent un taux supérieur de césariennes chez les femmes obèses, souvent en urgence pour stagnation de la dilatation, souffrance fœtale et échec de déclenchement mais leurs causes sont les complications de l'obésité et non le surpoids en lui-même.

La surveillance du travail est rendue difficile à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale chez une femme obèse. Le capteur externe de

contractions utérines ne les enregistre souvent pas et elles sont difficilement palpables c'est pourquoi on utilise la tocographie interne dès la rupture des membranes. Le rythme cardiaque fœtal est difficilement perceptible par le capteur à ultrasons et on a souvent recours à la pose d'une électrode au scalp du bébé pour le surveiller. On note une plus grande utilisation d'ocytociques chez les femmes obèses, même chez les multipares, qui est expliquée par l'allongement de la durée du travail chez les femmes ayant une surcharge pondérale (11).

Par ailleurs, le taux d'extractions instrumentales n'est pas augmenté chez les parturientes obèses (11).

I.3.4.3 Les suites de couches

On relève dans le post-partum immédiat une fréquence élevée des hémorragies de la délivrance (11).

On note un nombre plus important de phlébites que dans la population générale que ce soit dans les suites opératoires de césariennes ou dans les suites de couches d'accouchées par voie basse ; les femmes obèses développent également plus d'infections et d'endométrites dans le post-partum.

A plus long terme, il semble que les femmes ayant une surcharge pondérale avant la grossesse conservent quelques kilos supplémentaires après l'accouchement et ce d'autant plus qu'elles n'allaitent pas.

I.4. Les traitements

Le traitement de l'obésité repose essentiellement sur l'équilibre alimentaire et les « régimes ». Le but de ce traitement est évidemment la perte de poids mais pas à tout prix et l'objectif ne doit pas être de perdre un maximum de kilos car on sait désormais que plus la perte de poids est rapide et importante, plus le sujet a de risques de rechute. Et lorsqu'un obèse reprend du poids après en avoir perdu, son organisme compense la perte et fait des réserves pour assumer d'éventuelles autres restrictions. L'activité sportive permet un entraînement cardiovasculaire et peut être utile au maintien de la perte de poids. Le traitement se doit de prendre en charge l'aspect psychologique du patient obèse et d'y inclure un soutien. De plus, il faut traiter les éventuelles complications associées à l'obésité.

I.4.1. Traitements non médicamenteux

Comme nous venons de le voir, le traitement de l'obésité ne repose pas en premier lieu sur les médications. La personne obèse qui s'adresse à un médecin, qu'il soit généraliste ou nutritionniste n'en est en général pas à sa première tentative d'amaigrissement et elle a souvent essayé de nombreux régimes avant. Cette démarche intervient parfois comme « la tentative de la dernière chance ». Ces femmes ont donc avant tout besoin d'une aide et d'un soutien dans leur démarche de perte pondérale.

I.4.1.1. L'enquête alimentaire

La première étape dans la prise en charge médicale d'une demande d'amaigrissement est l'évaluation de l'alimentation spontanée de la patiente. Cette évaluation est réalisée grâce à une enquête alimentaire ; en général, cette enquête est menée par une diététicienne. L'enquête alimentaire

consiste en une liste des habitudes alimentaires : on demande à la patiente ses menus rapportés à une semaine type. Les boissons et tous les grignotages sont pris en compte, ainsi que le temps passé à table et la façon de prendre les repas (assise ou debout, seule ou en famille, etc). Les résultats de l'enquête sont transmis au médecin sous la forme d'une répartition calorique, avec les pourcentages respectifs des glucides, protides et lipides, les apports en calcium, fer, magnésium peuvent aussi être analysés ; cela permet de repérer des carences et de les contrecarrer dans le régime qui sera prescrit.

I.4.1.2. Les régimes

Le régime de base est un régime hypocalorique restrictif et personnalisé : pour assurer la meilleure observance possible, tous les régimes tiennent compte des habitudes de la patiente et de sa dépense énergétique ainsi que de ses conditions de vie. Ils visent à rétablir un équilibre alimentaire si certains aliments avaient été supprimés arbitrairement par la patiente ; c'est notamment souvent le cas des graisses. Même s'il ne faut pas abuser des aliments riches en lipides ils sont indispensables : ils sont les seuls à contenir les acides gras libres hypocholestérolémiant et les vitamines A, E et K qui ne sont pas synthétisées par notre organisme. Il faut consommer toutes les catégories d'aliments en quantités raisonnables : protéines, lipides, glucides, vitamines, sels minéraux, fibres, et aussi s'hydrater convenablement : on recommande des apports d'au moins 1,5 litres d'eau par jour.

Un régime modérément restrictif apporte de quoi couvrir les deux tiers de la dépense énergétique, c'est à dire environ 1800 calories par jour. Les régimes contiennent souvent beaucoup de légumes à très faible valeur

calorique et il n'est pas rare que les patientes se trouvent ainsi avec un bol alimentaire plus important que celui qu'elles avaient avant d'être au régime !

On peut également prescrire des régimes à bas niveau calorique, avec un apport de l'ordre de 800 à 1200 calories par jour, ce qui est très inférieur aux besoins (7). Ce genre de régime n'est prescrit que sur une courte durée car il entraîne une fatigue importante et des carences ; il peut être proposé lors d'une cure en centre médicalisé.

Il existe des régimes à moins de 800 calories par jour appelés diètes protéiques, ils sont très réglementés et leurs indications sont exceptionnelles ; on doit y associer une surveillance médicale étroite (7).

La diététique est un aspect primordial de la prise en charge de l'obésité et de la perte de poids mais elle ne suffit pas à garantir son maintien.

I.4.1.3. L'activité physique

L'entretien ou la reprise d'une activité physique est nécessaire à la perte de poids et au maintien de celle-ci. Elle permet de brûler des calories et d'accroître la masse musculaire ; l'énergie demandée par un effort musculaire est synthétisée à partir de glycogène et d'acides gras. Ils sont consommés en plus grande quantité lorsque l'exercice est durable et d'intensité modérée, c'est à dire qu'il vaut mieux faire de la course d'endurance que du sprint quand on veut perdre du poids grâce à une activité sportive en tant qu'amateur. En augmentant l'intensité de l'effort, on augmente la proportion de glycogène brûlé et on diminue celle d'acides gras consommés. L'idéal est de pratiquer un sport d'intensité modérée régulièrement, et pendant une durée non négligeable si on y ajoute un but de perte pondérale (3 heures d'activité physique par semaine est le seuil à partir duquel les effets sur le poids commencent à être nettement

ressentis). On peut choisir ce sport parmi le footing, le cyclisme, l'aviron, le ski de fond, la natation, la marche, et même le fait d'avoir une activité professionnelle « physique ». Il faut savoir que quelle que soit l'activité, à effort physique identique une personne obèse dépensera plus de calories qu'une personne mince par le simple déplacement de sa masse corporelle (7).

Avant toute reprise d'activité physique faisant suite à une période plus ou moins longue d'inactivité, un bilan cardiaque est indispensable ; il se base sur un examen clinique et un électrocardiogramme, d'autres examens sont prescrits en fonction du contexte. Il existe une formule simple pour calculer la fréquence cardiaque maximale que peut supporter le cœur à chaque âge et pendant une minute : on soustrait l'âge en années à deux cent vingt (7). Pour une personne obèse et non entraînée, la fréquence cardiaque à l'effort ne doit pas dépasser 60% de cette valeur maximale ; un obèse de 30 ans ne doit ainsi pas dépasser $(220-30) \times 60\% = 114$ battements par minutes de fréquence cardiaque lors d'un effort physique.

L'augmentation de l'activité physique des obèses se situe dans leur vie quotidienne -pourquoi prendre la voiture lorsque l'on peut marcher, l'ascenseur alors qu'il y a des escaliers- et de loisirs en programmant une activité régulièrement seul, en groupe ou pourquoi pas en famille ; sans hésiter à participer dès qu'une sortie est envisagée. L'association Allegro Fortissimo organise des séances d'aquagym adaptées aux personnes obèses une fois par semaine, pour l'instant cette activité n'a lieu qu'à Paris mais des projets similaires sont en cours d'élaboration en province (24). L'activité physique favorise l'amincissement et le remodelage de la silhouette si elle est pratiquée assez souvent, elle permet de lier de nouveaux contacts et de retrouver une meilleure estime de soi en diminuant une fréquente tendance dépressive.

I.4.1.4. La psychothérapie

Elle se révèle utile dans les cas où la volonté seule ne permet pas au sujet obèse de maigrir ou de maintenir une perte de poids malgré l'aide de son entourage. Il faut dans ces cas particuliers demander au patient de tenir un carnet sur lequel il notera toutes ses prises alimentaires et les conditions dans lesquelles elles ont lieu. Cela permet de définir les facteurs à éliminer pour permettre à cette personne de manger mieux et de perdre du poids. Le but recherché est toujours de modifier les habitudes des gens pour arriver à long terme à un amaigrissement. Il existe différentes sortes d'approches psychothérapeutiques, les plus efficaces sont celles qui se déroulent en groupe ; des séances régulières d'une à deux heures par semaines pendant au moins 6 mois donnent les meilleurs résultats, sauf pour les vrais boulimiques qui bénéficient d'un programme spécifique en séances individuelles. La psychothérapie a également un grand rôle à jouer après la perte de poids pour aider l'ancien obèse à accepter et à gérer ce nouveau corps.

Les thérapies comportementales jouent sur l'environnement des patients obèses, elles les exposent à des tentations pour leur enseigner la réponse adéquate qui leur permettra d'y résister. On y associe un régime restrictif mais pas de médicament car la perte de poids serait trop rapide et ne permettrait pas son maintien. Les séances en groupe offrent la possibilité de pratiquer une activité sportive pendant la psychothérapie. Les thérapies cognitives leur sont complémentaires, elles s'intéressent à l'individu en relativisant les événements et leurs conséquences. Elles leur apprennent d'autres réactions que la prise alimentaire en réponse à une agression ou à une contrariété (7).

La relaxation permet d'améliorer le contrôle des émotions face au stress. Elle concerne les personnes motivées et demande un apprentissage

de la technique qui peut prendre quelques mois, en groupe avec un professeur ; puis elle peut être mise en pratique à domicile d'abord en s'entraînant puis dans les situations stressantes.

La psychanalyse prend en considération les causes inconscientes du comportement alimentaire, elle doit être employée dans les obésités majeures.

I 4 1 5. Les cures d'amaigrissement (37)

On y adresse les patients dont l'IMC est supérieur à 40 kg/m² ceux dont l'obésité est compliquée ou lorsque la perte de poids pose problème tant au niveau social que psychologique ; leur but est le suivi correct d'un régime personnalisé résultant d'une enquête alimentaire, grâce à une prise en charge globale par de nombreuses catégories de professionnels. Des cours collectifs sont proposés aux patients pour leur donner de nouvelles habitudes alimentaires et leur permettre de mettre en œuvre un régime plus ou moins éloigné de celui qui était le leur. Ils apprennent à cuisiner de façon « diététique » et les repas sont parfois servis dans un self-service, ce qui permet de mettre en pratique le nouveau régime.

Des activités sportives sont proposées aux patients obèses, ils ont ainsi moins peur du ridicule en étant ensemble. Il existe également des groupes de parole animés par des psychologues où les patients ont la possibilité d'exprimer les inquiétudes qui leur sont souvent communes.

Le but essentiel de ces centres de cure est une perte raisonnable de poids de 1 à 2 kg par semaine mais surtout l'apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires. Le suivi ultérieur du régime avec l'aide d'un nutritionniste et ou d'une diététicienne est indispensable pour continuer et maintenir la perte de poids.

I.4.1.6. Le ballon intra-gastrique (43)

Cette technique assez ancienne a été rejetée à la suite de complications dans les années 80 et après quelques modifications elle revient actuellement sur le marché. C'est une alternative encore peu pratiquée dont les résultats, encore en cours d'évaluation semblent satisfaisants. Il s'agit d'une sphère en silicone que l'on met en place dans la cavité gastrique au cours d'une endoscopie sous anesthésie générale, elle est immédiatement gonflée avec du sérum physiologique (environ 500 ml), réduisant la capacité de l'estomac et donnant une impression de satiété pour des volumes alimentaires moindres qu'avant l'intervention. C'est une bonne alternative à la chirurgie quand le patient ne peut pas être opéré à cause d'une contre-indication (âge, co-morbidité, obésité trop récente), lorsque l'obésité est comprise entre 30 et 35 kg/m² d'IMC, dans un contexte psychologique difficile ou simplement si le patient ne veut pas être opéré.

La grossesse est malheureusement une contre-indication, ainsi qu'une hernie hiatale importante, l'alcoolisme chronique et toutes les maladies de l'appareil digestif. L'évolution de l'obésité, une fois le dispositif en place est un amaigrissement de 15 kg en moyenne ; le ballon produit son effet pendant deux mois puis celui-ci s'estompe et le ballon s'élimine spontanément dans les selles ou il est retiré par gastroscopie comme lors de l'implantation. Un rebond de poids est possible après le retrait du ballon c'est pourquoi une prise en charge alimentaire pendant sa durée d'action est fortement recommandée afin de conserver les bénéfices de ce traitement.

I.4.2. Les traitements médicamenteux

I.4.2.1. Médicaments spécifiques du surpoids

Le traitement médicamenteux de l'obésité n'est ou ne doit en tout cas pas être utilisé en routine ou en première intention. Il est en fait utilisé pour des patientes qui ont des difficultés à maintenir leur poids après un amaigrissement ou lorsque la perte de poids est nécessitée par des complications existantes, pour réduire le risque de morbidité. Il est toujours prescrit en association avec les mesures hygiéno-diététiques de base que sont un régime et la pratique d'une activité physique.

Les amphétamines et leurs dérivés, puissants anorexigènes ont été beaucoup utilisés autrefois et le sont moins aujourd'hui, si ce n'est plus du tout, à cause de leurs effets secondaires et de l'accoutumance qu'ils engendrent (leur utilisation est limitée à 3 mois consécutifs). Ils sont néanmoins efficaces à court terme et peuvent être prescrits seulement par un médecin hospitalier. Les fenfluramides (Isoméride®) qui agissent sur le système nerveux central ont eux été retirés du marché en avril 2000 pour leur mise en cause dans l'augmentation des risques d'hypertension artérielle pulmonaire. Un nouveau médicament a récemment vu le jour dans le traitement de l'obésité : c'est l'orlistat (Xenical®), un inhibiteur de la lipase intestinale qui empêche donc l'assimilation de 30 % des graisses provenant de l'alimentation. Il permet une perte de poids importante (environ 10 kg par an) mais entraîne aussi des désagréments comme la fuite de graisses au niveau anal, des selles impérieuses et huileuses ; son coût est d'environ 180 francs par mois et il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

I.4.2.2. Traitement des complications

Il est indispensable de traiter toutes les co-morbidités associées à l'obésité. L'hypertension artérielle est traitée par des anti-hypertenseurs, le diabète par un régime et des anti-diabétiques oraux s'il est de type II ou par de l'insuline injectable s'il s'agit d'un diabète de type I. L'hypertriglycémie est compensée par un régime associé ou non à des médicaments. L'hyperuricémie est traitée par une augmentation des apports liquidiens. Le risque thrombo-embolique fera l'objet d'une prévention lors d'une intervention chirurgicale, d'un alitement, d'un accouchement ; par des bas de contention dans la vie courante et par de l'héparine de bas poids moléculaire quand un risque supplémentaire à celui de l'obésité existe.

Il est bien certain que le meilleur traitement de toutes ces complications est la perte de poids, et en général un amaigrissement même minime suffit à réduire les co-morbidités et leur retentissement sur le plan général.

I.4.3. Traitement chirurgical

I.4.3.1. Chirurgie de l'obésité

Elle n'est envisagée que dans les obésités massives : quand l'IMC est supérieur à 40 kg/m² ou s'il est supérieur à 35 kg/m² et qu'il existe des complications. C'est un traitement lourd tant par le geste opératoire que par la gêne qu'il implique sur la vie quotidienne ; il est toutefois justifié par ses résultats : la perte de poids ainsi réalisée est souvent spectaculaire. La chirurgie n'est envisagée qu'après l'échec d'une prise en charge diététique pendant au moins un an. La gastroplastie est remboursée par la Sécurité Sociale.

Il existe plusieurs types de gestes chirurgicaux visant le même objectif : diminuer la capacité gastrique pour apporter plus rapidement la sensation de satiété. Ces gastroplasties sont réalisées par voie coelioscopique lorsqu'on implante un anneau modulable (sur la grosse tubérosité), et par laparotomie si la gastroplastie se fait par agrafage. L'anneau est modulable par une poche que l'on peut gonfler ou dégonfler ; le site d'injection est placé contre le plan musculaire abdominal et ne produit pas de gêne fonctionnelle ; cela ne pose en principe pas de problème en cas de grossesse mais on peut être amené à dégonfler l'anneau pendant le 3^{ème} trimestre lorsque l'utérus augmente de volume et comprime l'estomac. Ces deux techniques produisent les mêmes effets de restriction gastrique qui diminuent l'apport alimentaire ; des vomissements plus ou moins gênants sont présents au début et s'estompent avec le temps.

Une autre technique consiste à réaliser comme précédemment une poche en haut de l'estomac mais aussi un court-circuit digestif qui mène le contenu de cette poche directement dans le duodénum : ce procédé est efficace par la diminution du contenu gastrique et par la malabsorption qu'il entraîne. Il est surtout utilisé aux Etats-Unis et peu en Europe parce qu'il est agressif et non-réversible.

I.4.3.2. Chirurgie réparatrice ou chirurgie plastique

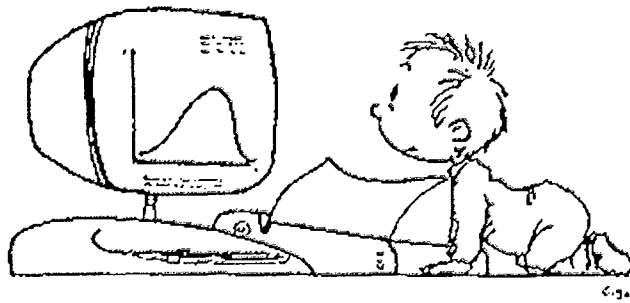
Elle intervient après une perte de poids importante car dans ce cas, la peau reste flasque et ne se retend pas ; cela permet d'ôter des kilos qu'il était impossible au sujet de perdre seul. Une chirurgie abdominale retire 2 à 3 kilos, une mammoplastie au moins un kilo et une liposuction de 3 à 4 kilos !

La Sécurité Sociale prend en charge cette chirurgie au niveau abdominal lorsqu'elle entraîne une gêne fonctionnelle, la réduction mammaire est

remboursée si on retire au moins 200 grammes par sein ; pour l'intérieur des cuisses et le body lift (tour complet du corps) il faut une demande d'Entente Préalable. La liposuction enlève la graisse sous-cutanée lorsque la peau sus-jacente est tonique, cette technique ne laisse pas de cicatrices et ses résultats sont définitifs. On peut néanmoins être contraint de retirer de la peau si celle-ci n'est pas assez tonique : contrairement à la lipoaspiration seule, cela laissera une cicatrice mais le résultat esthétique sera plus satisfaisant.

Nous connaissons maintenant les grandes caractéristiques de l'obésité, ses causes, ses répercussions sur la grossesse et les moyens thérapeutiques disponibles pour les médecins. Nous allons pouvoir nous intéresser à ce que les sages-femmes connaissent de cette maladie, par l'intermédiaire du questionnaire auquel je leur ai demandé de répondre.

Deuxième Partie



Résultats d'enquête

II.1. Présentation de l'étude

II.1.1. Objectif

J'ai choisi pour illustrer le propos de ce mémoire de réaliser une enquête prospective auprès des sages-femmes exerçant en Lorraine. Cette enquête a pour but d'évaluer leur façon de prendre en charge les patientes obèses et leurs futurs enfants, pendant leur grossesse, au moment de l'accouchement et dans les suites de couches.

II.1.2. Méthodologie

Elle a pour support un questionnaire que j'ai envoyé par courrier aux personnes concernées (pour les plus éloignées d'entre elles) ou remis en mains propres (pour les plus proches de moi) mais le questionnaire a toujours été rempli par l'interrogé seul.

Ce questionnaire comporte 25 questions dont 4 « personnelles » pour situer l'Etat civil de l'interviewé, 6 d'ordre général sur l'obésité, 6 sur la grossesse, 3 sur l'accouchement et enfin 6 portent sur les suites de couches ; un espace est réservé à la fin pour les réflexions personnelles. Ce qui correspond à 21 questions fermées et 10 questions ouvertes. Sur les 150 questionnaires distribués, 60 me sont revenus remplis et exploitables : le taux de retour est de 40%.

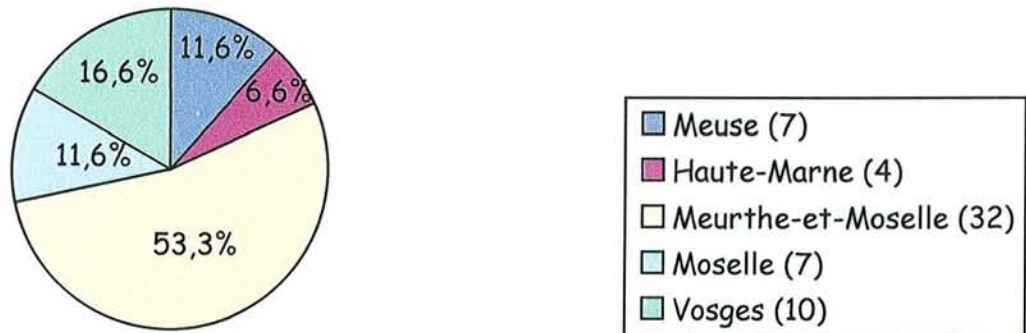
II.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Je n'ai pris en considération que les questionnaires remplis par des sages-femmes pour donner une plus grande spécificité à l'étude, j'ai donc dû exclure 4 questionnaires qui avaient été complétés par des médecins et 2 autres remplis par des aides soignantes. Un questionnaire de sage-femme n'a pas été exploité pour le manque de sérieux des réponses apportées.

II.1.4. Population étudiée

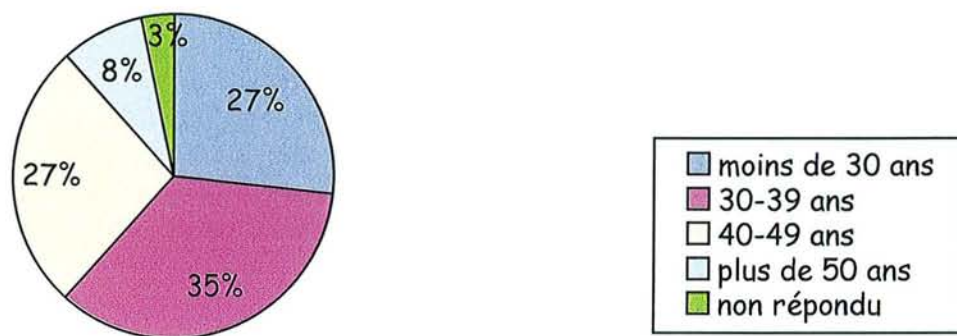
La répartition géographique des sages-femmes consultées est la suivante : 3 questionnaires ont été remplis par l'équipe de la maternité de Bar-le-Duc, 3 par celle de Briey, 5 par celle d'Epinal, 7 à Lunéville, 1 questionnaire a été rempli par une sage-femme libérale de la région messine, 5 questionnaires furent remplis à la maternité de Neufchâteau, 6 à Sarrebourg, 1 questionnaire rendu à Toul, 5 questionnaires remplis par les sages-femmes de Verdun, 5 à Vitry-le-François et 23 questionnaires sont revenus de la maternité de Nancy sur les 26 remis. Cette répartition peut être exprimée selon les départements et représentée sous forme de graphique.

Nombre de réponses par département



Le questionnaire a été rempli par 59 femmes et 1 homme ; je ne tirerai donc aucune conclusion sur ce point mais cette proportion de 1,7% d'hommes sages-femmes est un peu plus élevée que celle retrouvée chez les professionnels en activité qui est d'environ 0,5%. La population de sages-femmes interrogées est âgée de 23 à 54 ans avec une moyenne d'âge de 36 ans, répartie comme suit :

Question 2 : Âge des sages-femmes interrogées



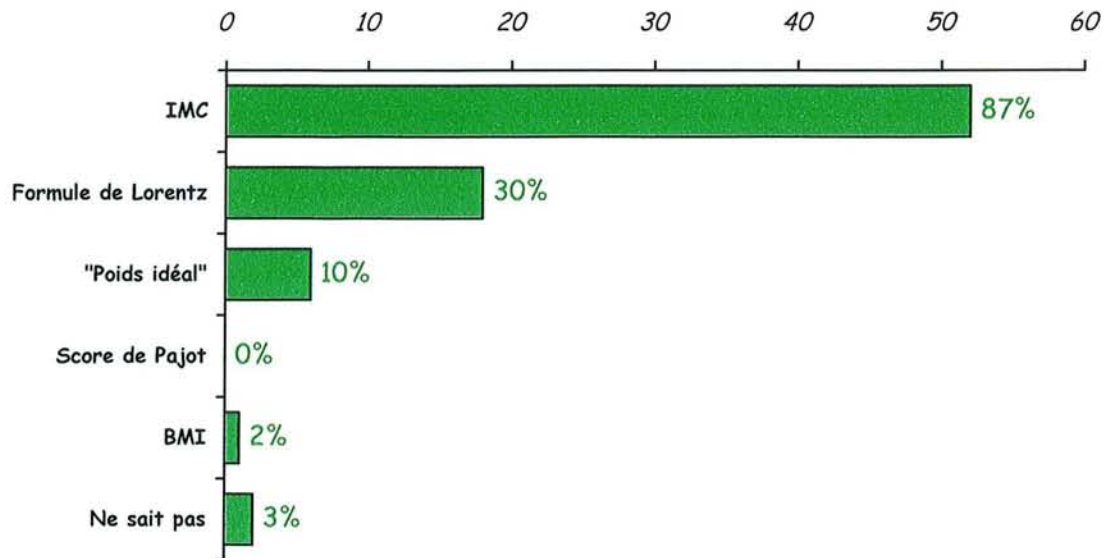
Nous allons maintenant étudier les réponses des sages-femmes sous forme de tableaux en analysant ce qu'elles peuvent nous apporter.

II.2. Analyse des réponses par thème abordé

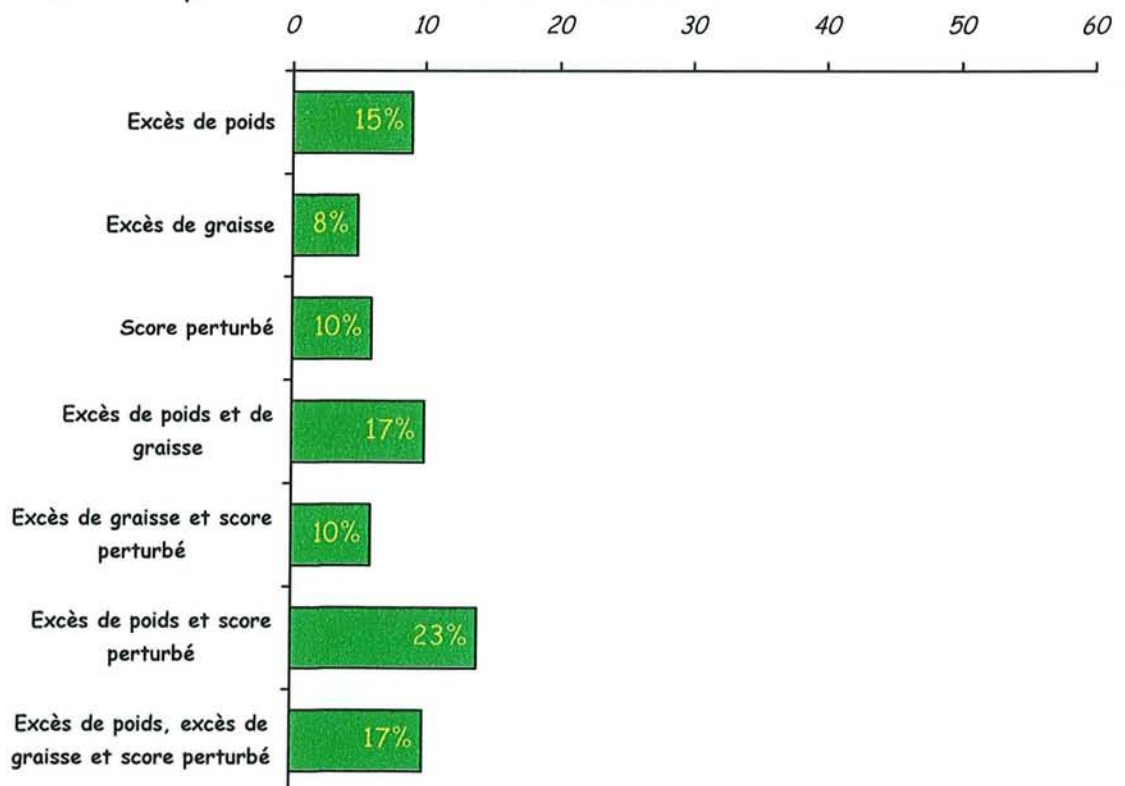
II.2.1. Généralités sur l'obésité

Numéro de la question

5. Quelles sont les formules utilisées pour définir l'obésité ? (plusieurs réponses possibles)

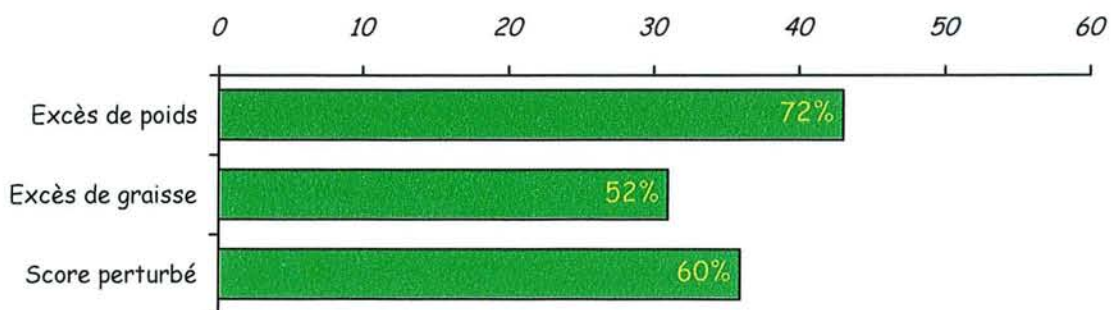


6bis. Sur quels critères définiriez-vous l'obésité ?

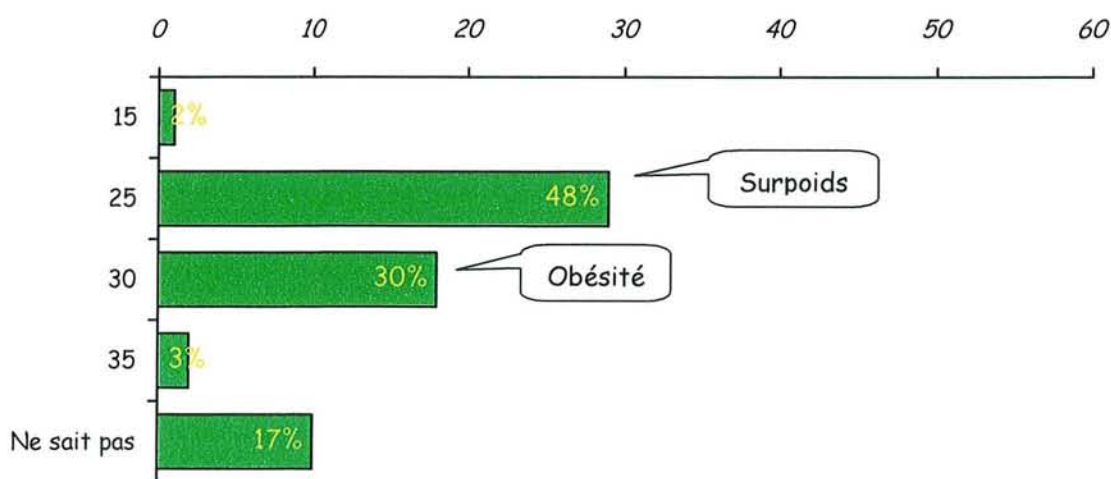


Ces deux questions nous montrent que la plupart des sages-femmes connaissent l'indice de masse corporelle, certaines d'entre elles connaissent aussi une des autres formules utilisées actuellement ou précédemment dans le milieu médical. J'ai inventé le score de Pajot et on peut constater qu'en effet aucune des sages-femmes interrogées ne connaît ce score imaginaire. Mais même si elles connaissent les méthodes de calcul, les sages-femmes n'ont pas d'idée précise en ce qui concerne la définition de l'obésité, on s'en rend mieux compte sur un graphique plus général et on voit que l'excès de poids est l'item qui revient le plus dans leur définition de l'obésité.

6. Sur quels critères définiriez-vous l'obésité ?



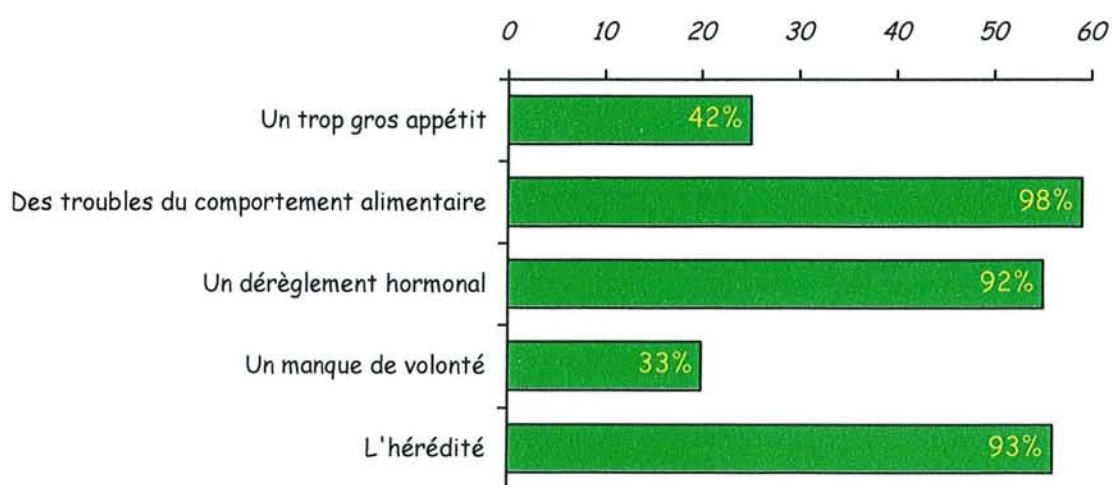
7. A partir de quel IMC parle-t-on d'obésité?



Même si elles l'utilisent très peu pour détecter l'obésité, la moitié des sages-femmes de l'étude connaissent l'IMC à partir duquel on parle de

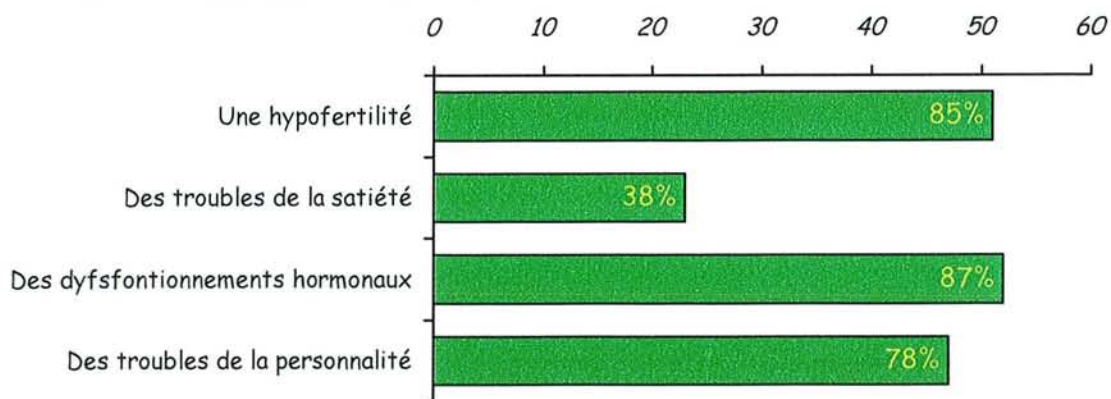
surpoids et un tiers d'entre elles sait que l'obésité commence à 30 kg/m² : la majorité des sages-femmes qui ont répondu à cette question disposent donc des moyens pour détecter l'obésité chez leurs patientes. Mais il reste une sage-femme sur six qui ne connaît pas les valeurs limites de l'IMC et utilise donc d'autres moyens pour juger si une femme est obèse ou non ; d'après le précédent graphique ces moyens comportent le poids de la patiente.

8. Quelles sont ses étiologies probables?



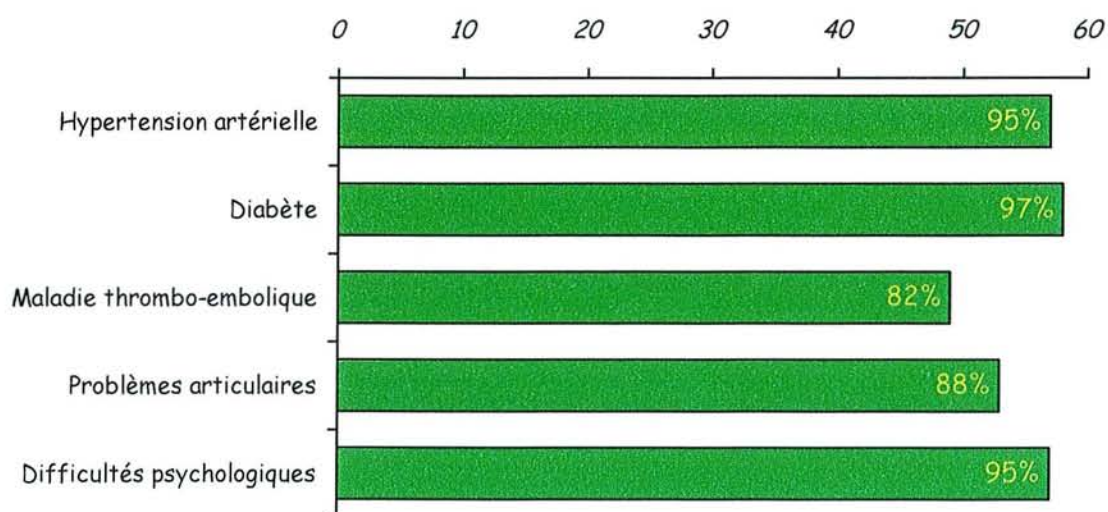
Pour la plus grande partie des sages-femmes, l'obésité a des causes médicales plus que comportementales. Le manque de volonté est cependant cité dans un tiers des cas alors qu'il est sans doute plus un facteur d'échec d'amaigrissement que de prise de poids, même s'il intervient aussi dans ce dernier processus. Le gros appétit peut entraîner un surpoids mais d'autres facteurs doivent s'y ajouter pour qu'il soit une cause d'obésité vraie.

9. Pensez-vous que l'obésité puisse entraîner ?



Les sages-femmes sont au fait des connaissances actuelles en ce qui concerne les co-morbidités de l'obésité et la majorité d'entre elles connaît les conséquences de l'obésité sur la fonction endocrine et sur la fertilité. Les troubles de la personnalité ou difficultés psychiatriques sont aussi évoquées dans plus de trois quarts des réponses.

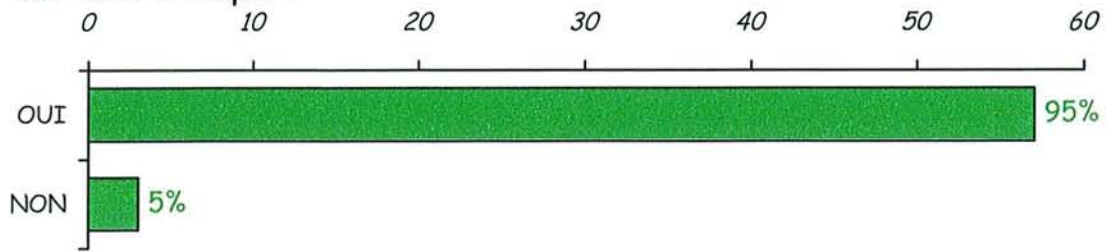
10. Quelles sont pour vous les complications associées ?



En ce qui concerne les complications liées à l'obésité, les sages-femmes savent ce qui peut arriver à leurs patientes. Elles expriment quelques doutes sur les complications thrombo-emboliques et articulaires mais en connaissent la possibilité.

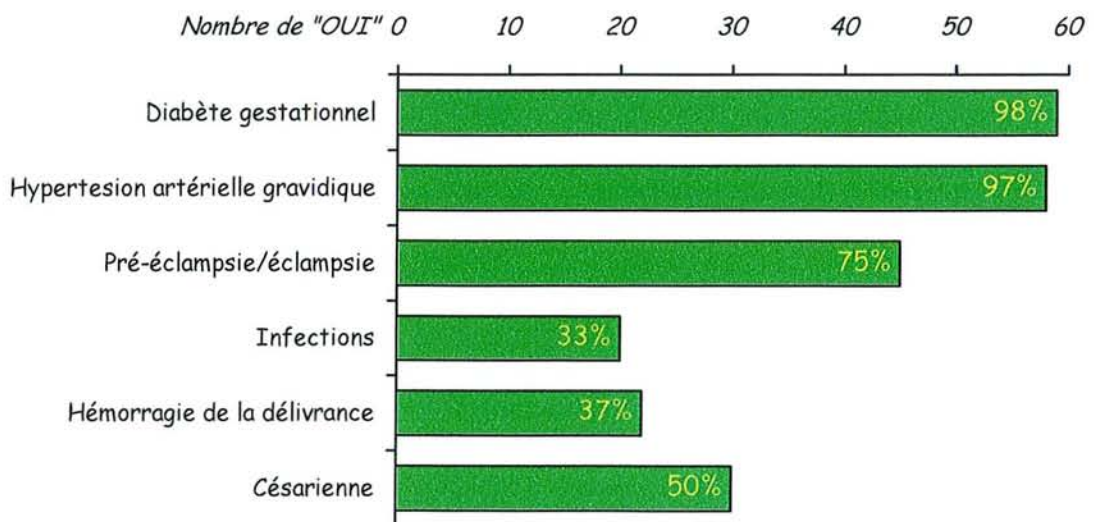
II.2.2. L'obésité et la grossesse

11. Pour vous, une grossesse chez une femme obèse est-elle à risque ?



Quoi qu'il en soit, les grossesses chez les femmes obèses sont craintes par la plupart des sages-femmes et elles seront surveillées en conséquence.

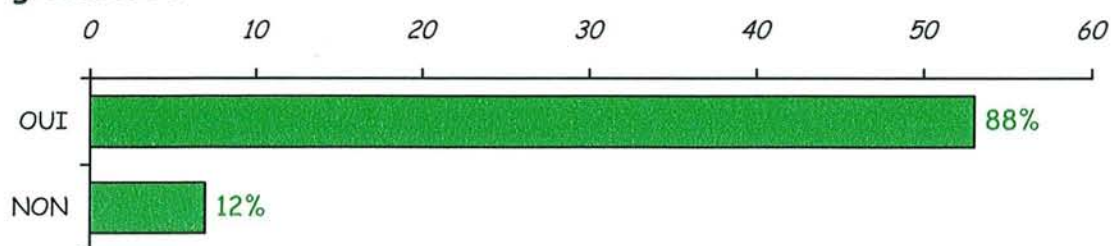
12. Les risques de voir se développer l'une de ces complications lors d'une grossesse sont-ils augmentés chez une femme obèse ?



En ce qui concerne les pathologies liées à l'obésité et pouvant survenir lors de la grossesse, les sages-femmes sont catégoriques, sans surprise puisqu'elles avaient répondu correctement pour la femme non obèse. Elles sont beaucoup moins sûres d'elles par rapport aux complications spécifiquement liées à la grossesse. Elles ont raison pour les infections

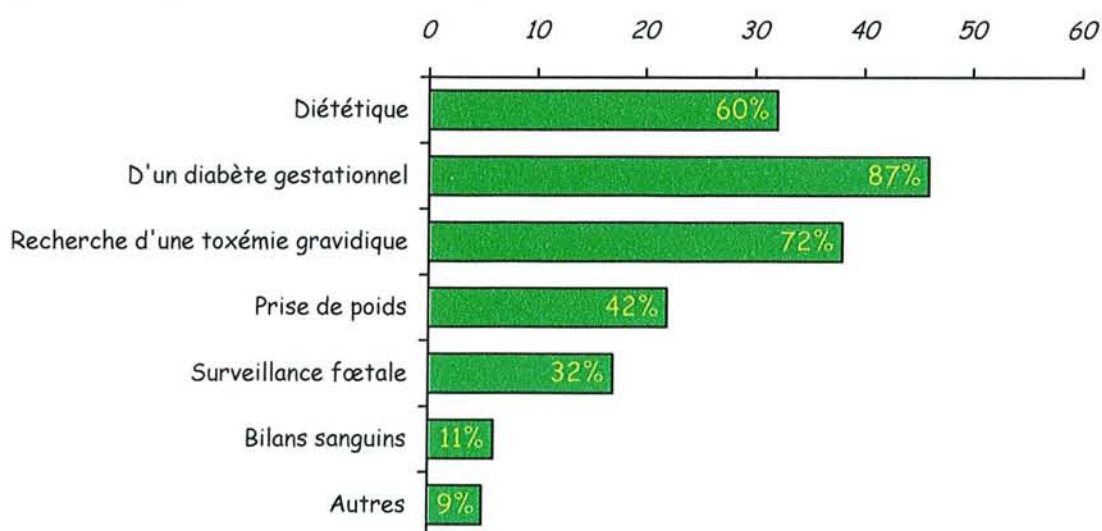
puisque les différentes études se contredisent quant aux infections urinaires et vaginales⁵ mais les surinfections existent dans les suites de couches pour les cicatrices d'épisiotomie et de césarienne par macération.

13. Prévoyez-vous une surveillance particulière de la grossesse ?



Une surveillance spéciale est prévue par beaucoup de sages-femmes, ses détails peuvent être résumés dans un nouveau graphique, qui résume les réponses les plus fréquentes à cette question ouverte :

13bis. Surveillance particulière de la grossesse prévue par les sages-femmes interrogées



⁵ DIAZ-JAMES I. *Etre obèse, un risque pour la grossesse ?* Les dossiers de l'obstétrique, 1997, 24, 250, p.5

La surveillance diététique regroupe pour les sages-femmes interrogées, la consultation d'une diététicienne ou d'un médecin nutritionniste, des cours d'hygiène alimentaire dans certaines maternités, des conseils en matière de régime incluant la surveillance de l'alimentation de la femme enceinte.

En ce qui concerne le diabète gestationnel, les sages-femmes préconisent le dépistage par test de O'Sullivan ou par une glycémie postprandiale puis le diagnostic par HGPO et une prise en charge si un diabète est mis en évidence ; d'autres prévoient des glycémies régulières ou le dépistage par la recherche d'une glycosurie à la bandelette urinaire.

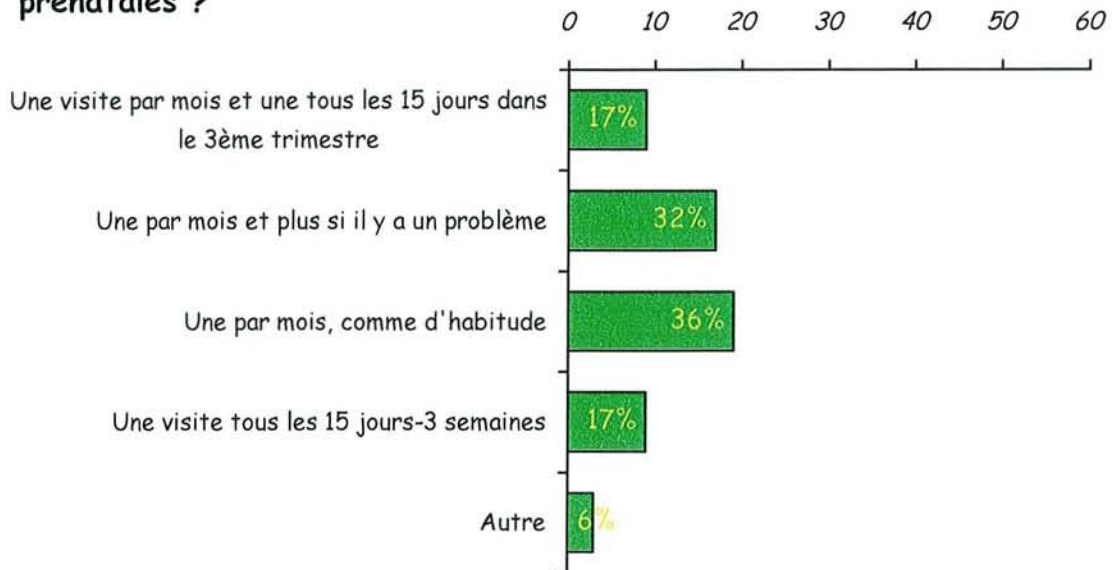
La recherche de la toxémie gravidique s'effectue par une surveillance tensionnelle, le contrôle de l'albuminurie à la bandelette lors des consultations prénatales et la recherche d'œdèmes pendant le troisième trimestre.

La surveillance fœtale englobe l'échographie avec la surveillance de la croissance et de la présentation fœtale et le monitoring du rythme cardiaque régulièrement en fin de grossesse.

Cinq réponses n'ont pas été répertoriées dans le tableau : une sage-femme ne suit pas les grossesses des patientes obèses et les adresse à un obstétricien, deux d'entre elles adaptent la surveillance aux différentes comorbidités existantes ou découvertes, et deux autres ciblent le suivi de la grossesse sur le côté psychologique, la sensibilisation aux avantages de la perte de poids et encouragent les femmes dans leurs efforts.

Le rythme des visites prévoyant la surveillance citée ci-dessus varie selon les professionnelles mais on peut regrouper leurs réponses :

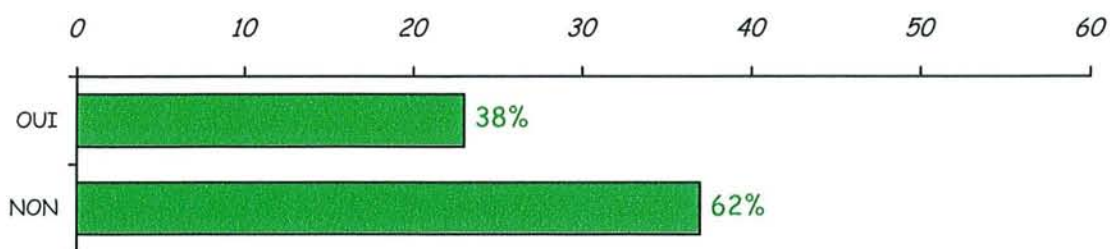
13ter. A quel rythme prévoyez-vous les visites prénatales ?



Les rythme des visites prévues par les sages-femmes varie de l'une à l'autre, dans 66% des cas elles prévoient quand même de voir la patiente plus souvent que les examens systématiques mais elles n'ont pas d'idée plus précise. Un peu plus d'un tiers d'entre elles ne changent rien à leurs habitudes et considèrent que le suivi prévu dans les textes est suffisant et leur permettra de dépister les éventuelles co-morbidités.

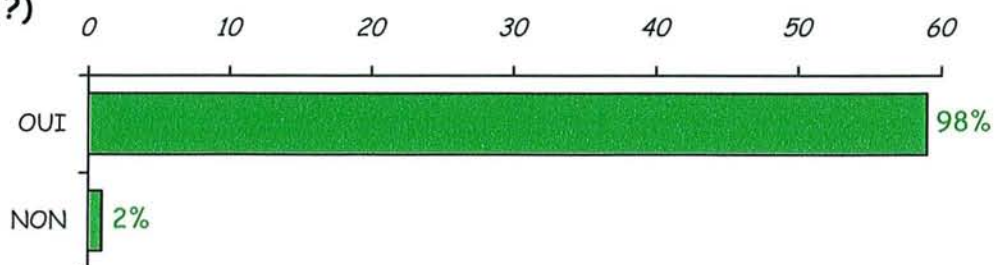
Dans les autres réponses, une sage-femme prévoit la visite une fois par mois à la fois chez un obstétricien et chez un nutritionniste ; une autre prévoit une hospitalisation lorsque celle-ci s'avère nécessaire et une sage-femme s'aide des services d'une collègue de la Protection Maternelle et Infantile pour poursuivre la surveillance de la grossesse au domicile de la patiente si cela est utile.

14. Est-il facile d'aborder le problème du surpoids avec les femmes ?



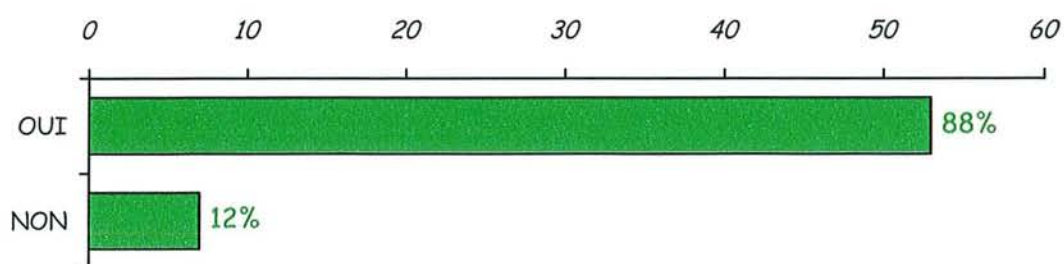
Une sage-femme m'a répondu qu'il n'était ni facile ni difficile d'aborder ce sujet, mais que cela se révélait souvent être un sujet délicat.

**15. Leur conseillez-vous une consultation avec un nutritionniste ?
(Si non, est-ce parce que vous pensez qu'il est trop tard ?)**

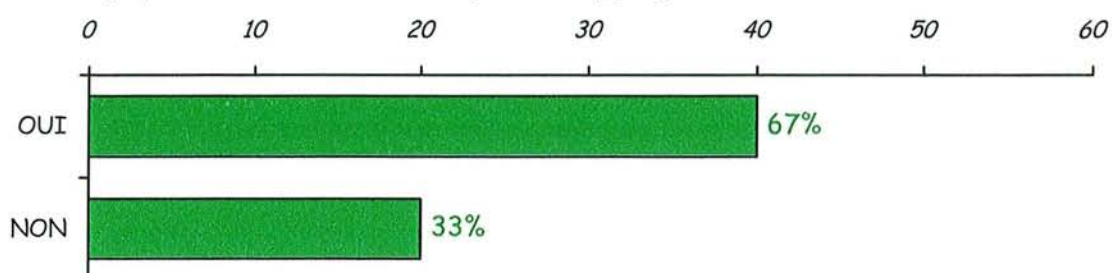


Une sage-femme remarque que le suivi diététique ou nutritionnel n'est pas toujours facile à proposer à la patiente. Mais aucune d'entre elles ne considère qu'il est trop tard lorsque le surpoids est installé pour proposer un suivi à la patiente. La sage-femme qui ne propose pas de suivi nutritionnel ne considère pas que c'est parce qu'il est trop tard.

16. Prêtez- vous attention au profil psychologique des femmes obèses ?



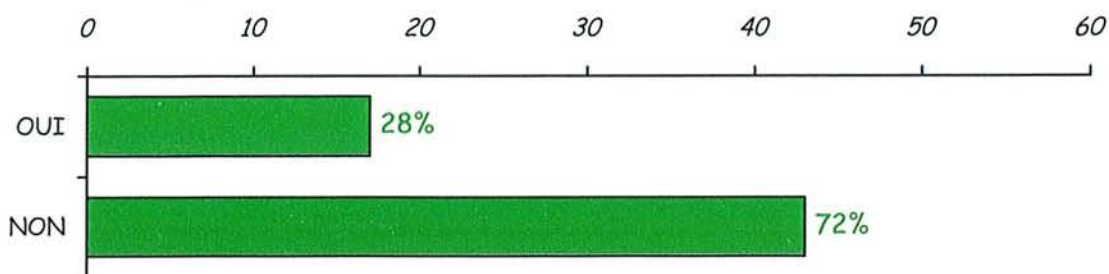
16bis. Leur conseillez-vous de consulter un psychologue ou un psychiatre si cela vous paraît approprié ?



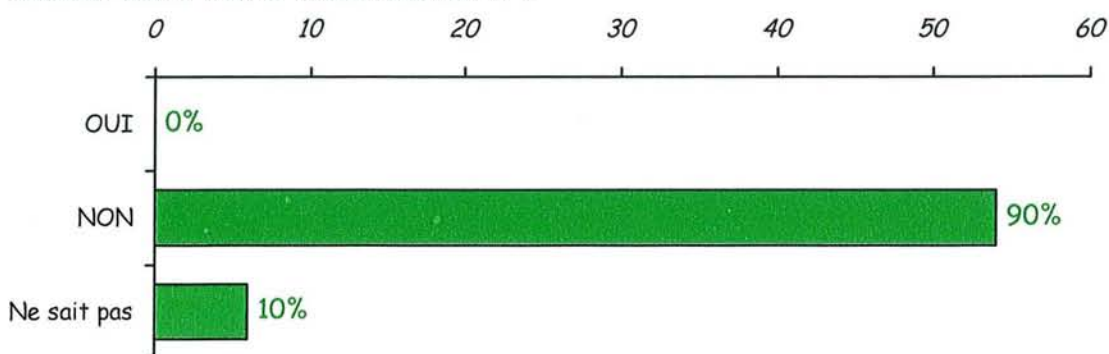
La plupart des sages-femmes prend en considération l'état psychologique des femmes obèses lorsqu'elles sont enceintes mais un tiers d'entre elles n'ose cependant pas leur proposer de consultation chez un spécialiste, ce qui pourrait pourtant les aider à mieux vivre leur obésité et leur grossesse. Les critères qui incitent les sages-femmes à faire cette proposition aux femmes sont la détection d'un "excès de mal-être", le désir de la femme d'être aidée, ou son état dépressif ; les troubles alimentaires d'ordre psychique comme les impulsions, la boulimie.

II.2.3. L'obésité et l'accouchement

17. Prévoyez-vous une prise en charge spéciale pour l'accouchement ?



18. Existe-t-il un "protocole" pour les parturientes obèses dans votre établissement ?



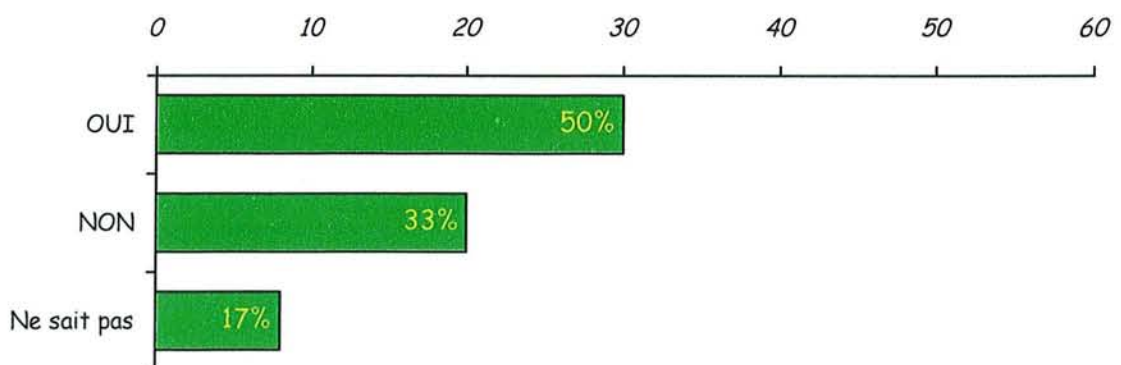
Dans plus de la moitié des cas une prise en charge spéciale est prévue par la sage-femme sans qu'il y ait de conduite à tenir précisément établie par le service. Cette prise en charge regroupe :

- la surveillance du rythme cardiaque fœtal par électrode de scalp si la paroi abdominale maternelle ne permet pas la surveillance par capteur externe, pour 6 sages-femmes,
- la surveillance tensionnelle fréquente avec un brassard adapté au tour de bras de la patiente ; et en général, l'adaptation de tout le matériel utilisé à la corpulence de cette patiente, pour 6 d'entre elles,
- l'attention portée à l'installation de la patiente et à son confort pendant le travail et au moment des efforts expulsifs, en particulier en évitant

les points de compression sur la table d'accouchement lorsqu'une analgésie péridurale est en place,

- la surveillance de la glycémie maternelle pour 4 sages-femmes et de la glycémie de l'enfant pour une de celles-ci,
- la surveillance de la dynamique utérine par tocographie interne pour 3 interrogées, avec la prévention de l'hypotonie pour une d'entre elles,
- la présence et si besoin l'intervention des médecins : 3 sages-femmes préviennent le pédiatre de la naissance de l'enfant, 2 sages-femmes veulent la présence du médecin de garde et une sage-femme s'assure que la patiente a bien fait sa visite pré-anesthésique,
- la prévention de tous les traumatismes pouvant avoir lieu au moment de l'expulsion : arrêt aux épaules pour une sage-femme, déchirures périnéales pour 3 d'entre elles en évitant néanmoins l'épisiotomie qui risquerait de mal cicatriser, prévention de l'hémorragie de la délivrance pour une autre sage-femme.

19. Votre établissement possède-t-il le matériel adapté aux patientes obèses ?

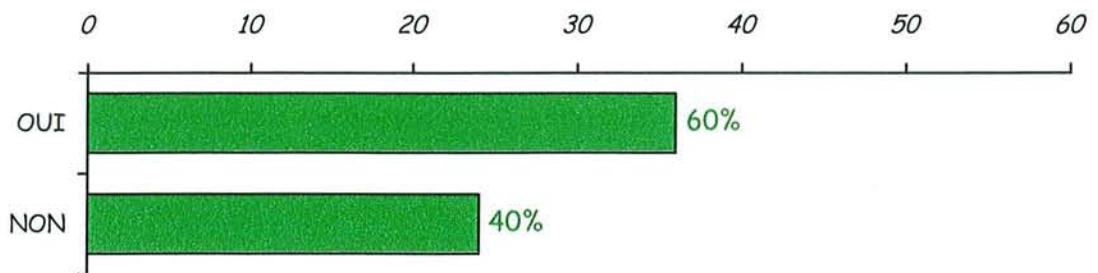


On peut remarquer ici qu'une sage-femme sur six ne sait pas s'il existe, dans la maternité où elle travaille, le matériel adapté à la prise en charge optimale des patientes obèses. D'autre part, même lorsque les sages-femmes sont au courant de cette donnée, le matériel n'est présent que dans

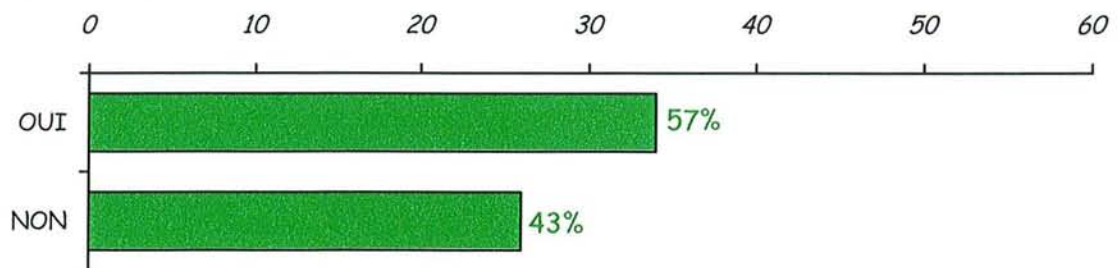
la moitié des maternités de l'enquête. Ce qui signifie aussi qu'au moins un tiers des maternités dont les sages-femmes ont été interrogées ne sont pas dans les conditions idéales pour prendre en charge des patientes obèses en toute sécurité.

II.2.4. L'obésité dans les suites de couches

21. Vous renseignez-vous sur la corpulence du père ?

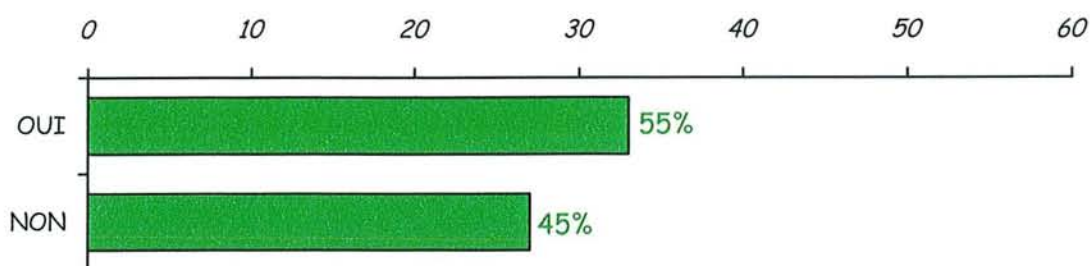


22. Abordez-vous la part de l'hérédité dans l'obésité avec la mère ?



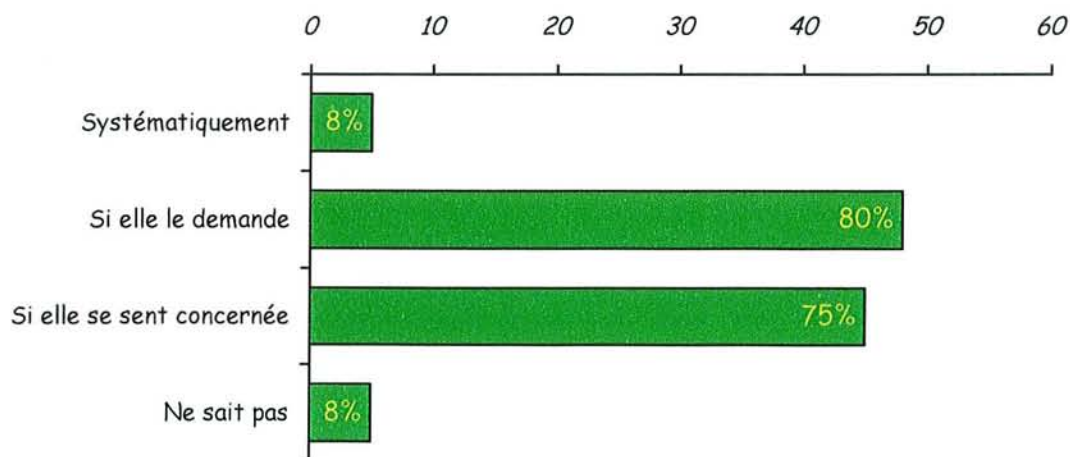
D'après ces deux graphiques, les deux tiers des sages-femmes interrogées connaissent l'éventualité du concours de l'hérédité et de la génétique dans l'apparition de l'obésité.

23. Parlez-vous des moyens pour anticiper et prévenir l'obésité de l'enfant ?



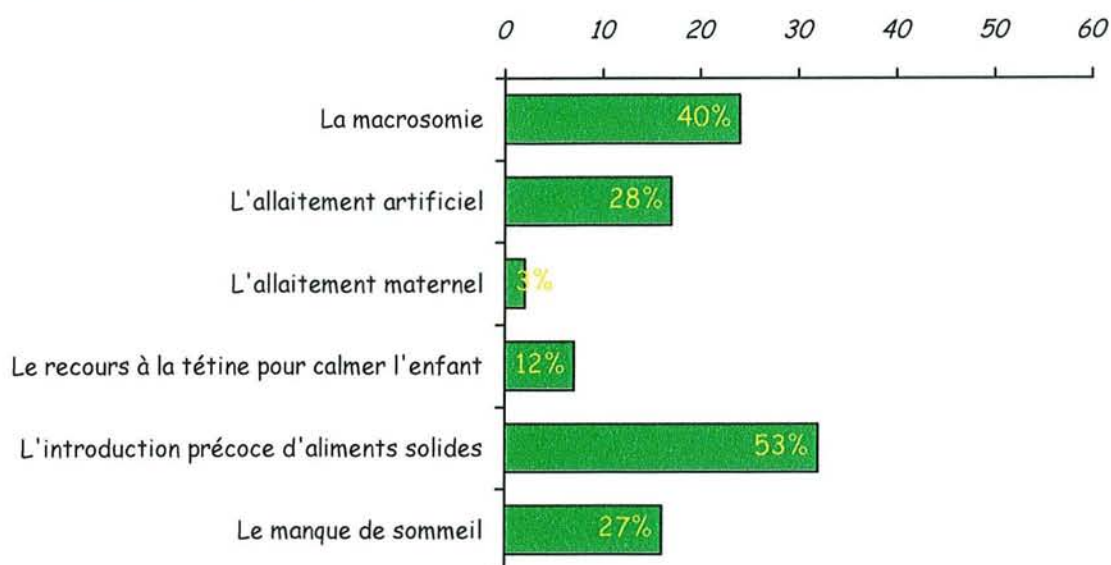
Malgré cette constatation, elles ne sont plus qu'une petite majorité à évoquer cette notion avec les patientes pendant la période d'hospitalisation du post-partum. Une sage-femme trouve par ailleurs qu'il est un peu tôt dans les suites de couches pour parler de cette prévention.

24. Proposez-vous un suivi nutritionnel pour la mère et pour l'enfant ?



La plupart des sages-femmes propose une prévention vis à vis de la future éducation nutritionnelle de l'enfant par l'intermédiaire de la rééducation de sa maman. Mais ce suivi est seulement proposé dans les cas où la mère aborde le sujet d'abord ou si elle s'intéresse particulièrement à l'alimentation de son bébé.

25. Pour vous, qu'est-ce qui peut favoriser l'apparition de l'obésité chez l'enfant ?



La macrosomie n'est pas en elle-même un facteur favorisant d'obésité, tout dépend des causes de cette macrosomie. La moitié des sages-femmes a répondu, à juste titre, qu'une introduction trop précoce d'aliments solides favorise l'obésité chez l'enfant. Le manque de sommeil peut accentuer une croissance rapide de l'enfant lorsque sa mère, ne sachant que faire au moment où son enfant refuse de dormir, lui propose systématiquement un biberon ou de la nourriture.

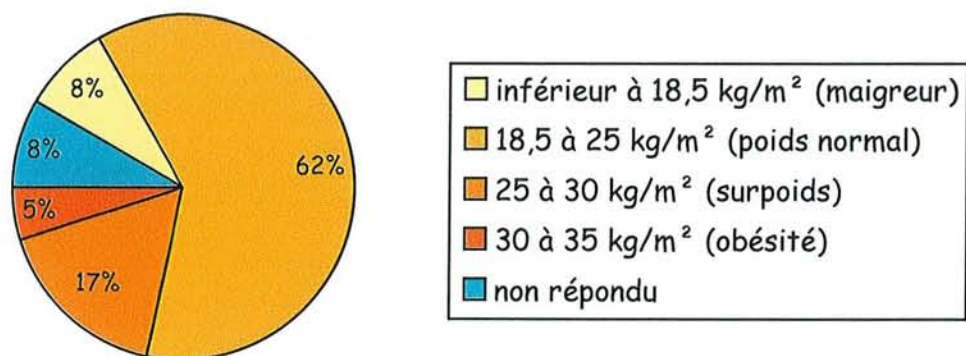
Les sages-femmes ont apporté des précisions à leurs réponses : un allaitement artificiel mal mené pourrait favoriser l'obésité de l'enfant, tout comme l'introduction de farines, la mauvaise hygiène alimentaire (manger trop et trop sucré), les mauvaises habitudes alimentaires familiales ; ce qui est tout à fait exact. Une sage-femme pense qu'il manque une information sur l'équilibre alimentaire dans les suites de couches ; une autre affirme qu'un allaitement maternel exclusif de plus de 3 mois diminue les risques d'obésité chez l'enfant et améliore la récupération du poids de départ de sa mère. En effet l'allaitement maternel a des effets bénéfiques sur la perte

de poids maternelle dans le post-partum et sur ses capacités à revenir à son poids d'avant la grossesse, d'autre part, l'allaitement maternel a des effets protecteurs contre l'obésité pour le nourrisson.

II.3. Influence de l'Indice de Masse Corporelle de la sage-femme interrogée sur ses réponses

Je me suis demandé si la « corpulence » de la sage-femme avait une influence sur sa façon de prendre en charge la patiente obèse et surtout sur son appréciation de la gravité de l'obésité. J'ai calculé les indices de masse corporelle des sages-femmes interrogées d'après leurs poids et leurs tailles (question 4) ; cinq d'entre elles n'ont pas voulu me révéler ces critères, jugeant la question indiscrette voire confidentielle !

4. IMC des sages-femmes interrogées

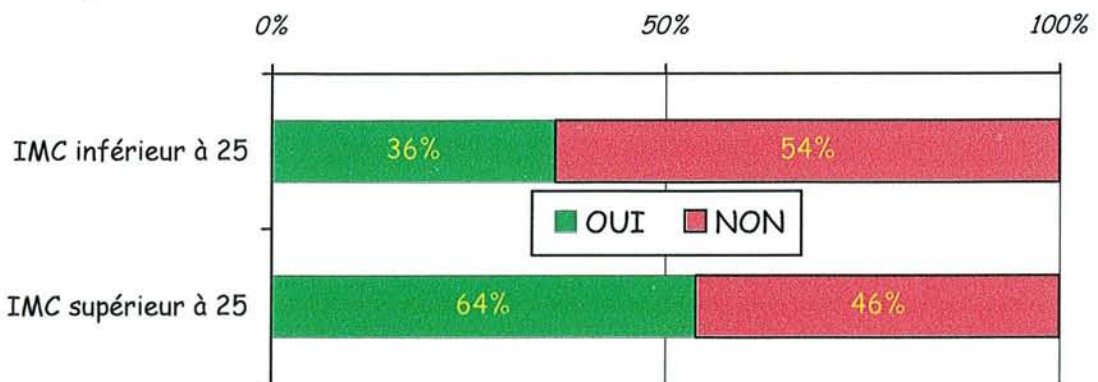


J'ai ensuite comparé leurs réponses en fonction de l'indice corporel ainsi calculé. J'ai réparti les réponses en deux groupes :

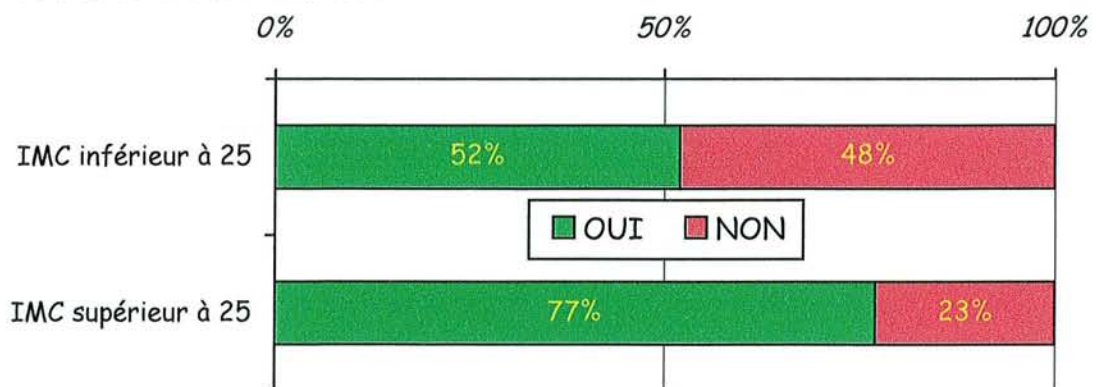
- IMC inférieur à 25 kg/m², dont 5 sages-femmes « maigres » et 37 de poids « normal »
- IMC supérieur à 25 kg/m² dont 10 sages-femmes en surpoids et 3 obèses.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sauf pour deux questions : celle abordant la facilité pour la sage-femme de parler de surpoids avec la patiente et la question à propos des moyens d'anticipation et de prévention de l'obésité chez l'enfant. Voyons leurs réponses :

14. Vous est-il facile d'aborder le problème du surpoids avec les femmes ?



23. Parlez-vous des moyens pour anticiper et prévenir l'obésité chez l'enfant ?



Ces deux graphiques nous permettent de dire que la corpulence de la sage-femme conditionne la facilité avec laquelle elle parle du surpoids avec la femme obèse. Il est donc plus aisé pour une sage-femme en surpoids de donner des conseils et d'orienter une femme obèse vers une diététicienne ou un psychologue si elle le désire ou de parler de l'alimentation de son enfant et des façons de prévenir une récurrence de l'obésité chez lui.

II.4. Réflexions spontanées des sages-femmes

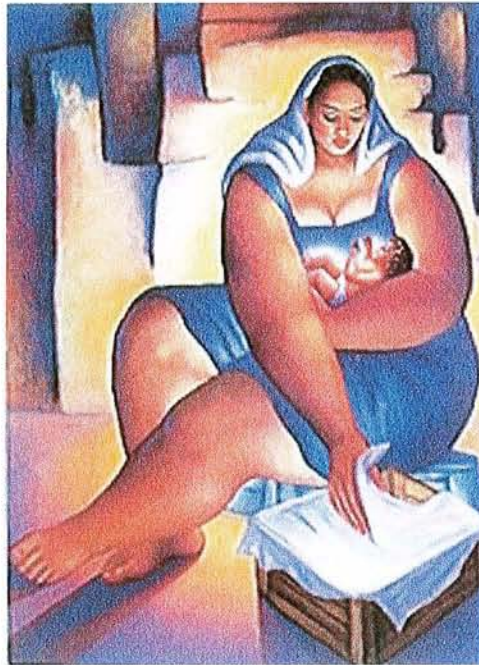
Deux sages-femmes me demandent où commence l'obésité et se demandent si la prise en charge d'une patiente obèse qui ne prendrait que 3kg pendant sa grossesse serait différente de celle d'une patiente dite « normale » et qui prendrait 30 kg pendant sa grossesse. Il est évident que la patiente de poids de départ normal aura les mêmes risques en fin de grossesse que la patiente obèse mais cette dernière commencerait la grossesse avec tous les risques impliqués par son obésité. Je n'ai pas pu aborder cette problématique qui serait à elle seule un sujet de mémoire.

Plusieurs sages-femmes ont évoqué les « mauvais traitements » faits aux femmes obèses, en dénonçant le fait que beaucoup de professionnels font abstraction de la personnalité du sujet obèse en ne prenant en considération que la masse, qui leur fait peur. Certains médecins et sages-femmes négligent la psychologie des femmes obèses au profit de la surveillance et du pistage de la prise de poids des femmes de poids de départ normal, pendant leur grossesse

Les sages-femmes se sentent en fait plus concernées par la prévention de l'obésité chez l'enfant que par l'aide qu'elles pourraient apporter à leurs mamans.

Nous allons voir dans une troisième partie les conclusions à tirer de cette enquête et les solutions qui peuvent être proposées pour améliorer la prise en charge des patientes obèses en maternité.

Troisième Partie



Conduite à tenir
pour la grossesse

III.1. Commentaire des résultats

Cette enquête, réalisée auprès des sages-femmes de Lorraine et de Haute-Marne, me permet de dire que ces professionnelles possèdent le minimum des connaissances à propos de l'obésité. Cela leur permet d'apporter une prise en charge adaptée aux patientes et de prévenir l'apparition de complications. Mais cela ne suffit pas, il leur manque une autre base, qui est de savoir définir l'obésité en calculant l'IMC de chaque patiente dont elles ont la charge ; pour dépister efficacement celles qui sont obèses et pouvoir leur apporter l'aide et le soutien dont elles ont besoin. Quarante pour cent des sages-femmes interrogées se disent mal à l'aise pour parler du surpoids avec les patientes ; ce qui signifie que si la femme n'aborde pas elle-même le problème, la sage-femme qui la suit ne lui proposera pas l'assistance d'autres professionnels.

Il ne faut pas seulement se soucier des femmes dont l'obésité est flagrante aux yeux de tous, car dans ce cas, on passe à côté d'au moins la moitié des femmes obèses.

Je remarque aussi dans l'enquête que 17% des sages-femmes ne savent pas si leur établissement possède le matériel adapté aux patientes obèses. Ce constat est grave car il signifie que lorsqu'une patiente est prise en charge par une de ces sages-femmes, des erreurs pourront être commises puisque sans matériel spécifique pour les obèses, de nombreux examens et actes sont difficiles voire impossibles à réaliser.

Voici un tableau statistique montrant en parallèle l'évolution du nombre d'accouchements, de parturientes obèses, de nouveaux-nés, d'éclampsies et de prise de poids supérieure à 15 kg ainsi que les poids des nouveaux-nés.

	1995		1996		1997		1998		1999	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre d'accouchements	2447		2622		2614		2672		2723	
Nombre de nouveaux-nés	2470		2698		2703		2755		2892	
Obésité maternelle	370	15,3%	394	15%	420	16%	470	17,5%	485	17,2%
Nombre d'éclampsies	2	0,1%	1	0,03%	1	0,03%	1	0,03%	1	0,03%
Prise de poids supérieure à 15 kg	376	15,5%	487	18,6%	442	17%	474	17,7%	1	19%
Poids moyen des bébés (en grammes)	3059		3040		3058		3063		3090	
Poids supérieurs à 4000 g	81	3,3%	120	4,4%	124	4,6%	115	4,2%	120	4,1%

Tableau 1 : Statistiques de la Maternité régionale A.PINARD de 1995 à 1999 (données AUDIPOG)

Le nombre de patientes obèses prises en charge pour leur accouchement à la maternité régionale de Nancy ne cesse d'augmenter, passant de 15 % à 17,2 % entre 1995 et 1999, alors que le chiffre des accouchements s'accroît aussi. Cela signifie que les sages-femmes seront amenées à suivre et à accoucher de plus en plus de patientes en surpoids, et aussi de plus en plus de patientes dont la prise pondérale associée à la grossesse dépasse 15 kg. Il est donc important qu'elles renforcent leurs connaissances par rapport à la prise en charge de l'obésité en maternité.

III.2. Recommandations pour la pratique clinique

III.2.1. Suivi de la grossesse d'une femme obèse

La grossesse d'une femme obèse peut tout à fait être suivie par une sage-femme mais celle-ci doit rester vigilante jusqu'à l'accouchement. Notre tâche est de dépister l'apparition des pathologies pour pouvoir adresser les patientes à un médecin si cela devient nécessaire. La déclaration de la grossesse pourrait être faite par un obstétricien de la maternité où la patiente souhaite accoucher. On lui constituerait ainsi un dossier dans cet établissement et elle aurait un référent hospitalier en cas de complications nécessitant une hospitalisation. La sage-femme et l'obstétricien pourraient à l'issue de cette consultation prévoir ensemble un plan de suivi de cette grossesse à risques.

III 2 1 1. Suivi de la prise de poids

Il faut également prévoir un temps de discussion avec la patiente concernant la prise de poids recommandée au cours d'une grossesse normale et dans son cas. Pour lui proposer ensuite une prise en charge avec une équipe diététicien/nutritionniste qui mettra au point avec elle le régime équilibré à adopter pour limiter au maximum cette prise de poids. L'idéal serait que les patientes obèses ne prennent pas du tout de poids pendant leur grossesse et puisent sur leurs réserves l'énergie nécessaire à la croissance et au développement de l'enfant, elles auraient ainsi perdu du poids après l'accouchement. Mais cela n'est pas souvent réalisable et limiter la prise de poids pendant la grossesse à 6 kg paraît un objectif raisonnable, sans dépasser un maximum de 10 kg. Pour arriver à cela, la patiente devra suivre un régime restrictif adapté à son niveau calorique de départ : pour commencer, on diminuera ce niveau de 500 calories. Le régime restrictif ne

descend pas au-delà de 1600 calories, ce qui correspond aux besoins de la grossesse pour une croissance harmonieuse du bébé(7).

III.2.1.2. Point de vue diabétologique

Le suivi de la grossesse devra également prévoir le dépistage précoce d'un diabète gestationnel vu les risques qui pèsent sur les femmes obèses dans ce domaine. A chaque consultation, on vérifie médico-légalement l'absence de glycosurie, mais l'apparition de sucre dans les urines est trop tardive par rapport à l'élévation de la glycémie pour que ce type de dépistage soit efficace. Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur ce point mais selon les recommandations de 1996 du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (6), ce dépistage consiste d'abord en un test de O'Sullivan : on fait boire une solution contenant 50 grammes de glucose à la patiente à n'importe quel moment de la journée et on contrôle sa glycémie une heure après. Si la glycémie est inférieure à 1,30 g/dl le test est négatif, il n'y a pas de diabète ; au-delà de 2 g/dl le diagnostic de diabète gestationnel est posé et ce dernier sera traité ; et si la glycémie se situe entre 1,30 g/dl et 2 g/dl, on réalise une hyperglycémie provoquée par voie orale (ou HGPO). Cette HGPO est réalisée chez une femme et au repos, sur une demi-journée ; on prélève d'abord une glycémie à jeun puis on lui fait boire une solution contenant cette fois-ci 100 grammes de glucose et on prélève des glycémies sur du sang veineux une, deux et trois heures après l'absorption du glucose. Le diagnostic de diabète gestationnel est posé si deux valeurs de glycémie sont perturbées ; si une seule valeur est perturbée, on parlera d'intolérance aux hydrates de carbone et on pourra prescrire un régime pauvre en sucres rapides avant de reconstrôler les valeurs. Pour une patiente à risques comme la femme obèse, on fera un test de O'Sullivan à la première consultation puis s'il est négatif on

recommencera entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée et s'il reste négatif, il sera recontrôlé à la 32^{ème} semaine d'aménorrhée.

S'il est dépisté, le diabète gestationnel sera ensuite pris en charge par une équipe constituée d'un diabétologue ainsi que du nutritionniste et de la diététicienne que la patiente connaît déjà. Ces trois professionnels mettront en place un régime adapté à la patiente avec un suivi régulier, plus ou moins un traitement par insuline si le régime seul ne suffit pas à maintenir un équilibre glycémique. On surveillera attentivement la croissance fœtale par la mesure de la hauteur utérine et des échographies.

III.2.1.3. L'hypertension artérielle

La femme obèse risque également de développer une hypertension artérielle lors de sa grossesse ; c'est pourquoi on doit surveiller sa tension à chaque visite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au repos, avec une taille de brassard adaptée à son tour de bras et effectuer une mesure à chaque bras. Si on découvre des valeurs anormales lors d'une consultation, on prévoira un Holter sur 24 heures au repos pour apprécier la gravité de l'hypertension : (3)

- si la tension est limite (<14/9) et diminuée par le repos, on mettra en place une surveillance à domicile une fois par semaine par une collègue libérale ou de PMI ;
- si la tension est comprise entre 14/9 et 16/10, non diminuée par le repos, on adressera la patiente à un obstétricien qui instaurera le traitement et la surveillance adéquats ;
- si la tension est supérieure à 16/9, la patiente sera hospitalisée, on évaluera le retentissement sur le fœtus par l'enregistrement de son rythme cardiaque et une échographie avec doppler ombilical et cérébral ;

on recherchera les signes de toxémie gravidique : une protéinurie des 24 heures, œdèmes, augmentation de l'uricémie.

Lorsqu'une hypertension survient dans le troisième trimestre, on recherchera toujours les signes de toxémie gravidique. On informera également la patiente sur les signes de gravité de cette pathologie que sont l'apparition d'acouphènes, l'accentuation des œdèmes, la douleur épigastrique (différente du pyrosis).

III.2.1.4. Surveillance fœtale

La palpation abdominale est difficile chez une femme obèse, c'est pourquoi on prévoit une première échographie par voie endovaginale dès le tout début de la grossesse pour la dater précisément. Ensuite, la surveillance sera la même que pour toute autre grossesse :

- échographie morphologique entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée (SA) selon la date de la première échographie,
- biométrie et morphologie entre 22 et 24 SA avec étude du placenta et de la quantité de liquide amniotique, doppler ombilical pour apprécier les échanges fœto-maternels
- puis biométrie autour de 32 SA avec étude de la morphologie cardiaque et doppler cérébral et placentaire (3).
- échographie supplémentaire si la croissance fœtale était en voie d'accélération lors de la précédente.

Ces dernières échographies permettront de décider en toute connaissance de cause des modalités d'accouchement.

III.2.1.5. Conduite à tenir pour l'accouchement

On prévoit pour les femmes obèses une consultation systématique chez un anesthésiste de la maternité où l'accouchement est prévu entre 32 et 36 SA. L'anesthésiste tentera de la convaincre qu'une analgésie péridurale prévue éviterait le recours à l'anesthésie générale dans l'urgence. Les risques augmentant avec le poids, il sera d'autant plus persuasif que l'obésité est importante.

On réalisera un examen clinique du bassin de la patiente pendant la visite du 9^{ème} mois que l'on comparera à la biométrie fœtale échographique et plus particulièrement aux diamètres bipariétal et abdominal transverse du fœtus. En cas de doute, on prescrira une radio-pelvimétrie pour comparer les mensurations fœtales avec des mesures précises du bassin maternel.

Les modalités d'accouchement seront décidées en collaboration avec l'obstétricien qui a vu la patiente pour la déclaration, si aucune pathologie n'est venue compliquer la grossesse ; sinon par celui qui s'est occupé d'elle au cours de son hospitalisation. Une césarienne aura lieu en cas de disproportion fœto-pelvienne ou si l'accouchement est programmé prématurément à cause d'une pathologie maternelle. On déclenchera l'accouchement vers 37-38 SA pour prévenir la macrosomie ou si une pathologie contre-indique la poursuite de la grossesse d'un point de vue maternel. On n'attendra le déclenchement spontané du travail que si l'enfant est de poids normal et que sa mère n'a développé aucune complication pendant sa grossesse. Un dépassement de terme ou une rupture prématurée des membranes de plus de 48 heures sont toujours susceptibles de nécessiter un déclenchement artificiel.

Pendant le travail on surveillera la tension de la patiente en continu et la glycémie capillaire si elle a été traitée pour un diabète gestationnel.

On surveillera aussi le rythme cardiaque fœtal avec un capteur externe si l'épaisseur de la paroi abdominale de la patiente le permet, sinon et à condition que la poche des eaux soit rompue, on posera une électrode au niveau du scalp fœtal. On vérifiera l'intensité et la fréquence des contractions utérines par l'intermédiaire d'une tocographie externe ; on mettra en place un capteur de tocographie interne si on n'obtient pas les informations suffisantes à la bonne surveillance du travail (on peut poser une tocographie interne même lorsque les membranes sont intactes si on veut les préserver).

On veillera pendant le travail, surtout si la patiente est sous analgésie péridurale, à ce qu'elle change régulièrement de position sur la table d'accouchement pour éviter les points de compression au niveau des fesses, du creux poplité ou des cuisses. Au moment de l'installation pour l'expulsion, on surveillera que les jambes de la patiente ne soient pas plus écartées qu'elles ne le permettraient sans analgésie. On gardera malgré tout une légère hyperflexion des jambes dans le cas où il faudrait réduire une dystocie des épaules.

Pour l'expulsion, on tentera de préserver l'intégrité du périnée compte tenu des difficultés de cicatrisation que l'on pourra rencontrer dans le post-partum. La cicatrisation se fait mal dans cette zone toujours humide par la macération des tissus.

III 2.1.6. Préparation à l'allaitement maternel

On sait que l'allaitement maternel a un effet protecteur contre l'obésité. Mais il est inutile d'essayer de motiver une parturiente à allaiter son enfant si cette décision n'a pas été mûrement réfléchi pendant la grossesse. C'est pourquoi il faut informer les femmes dès le début de leur grossesse sur les bienfaits de l'allaitement maternel pour qu'elles aient le

temps de se renseigner sur ce sujet et d'élaborer l'envie d'allaiter leur enfant. Dans certaines maternités, une information collective est prévue pour les femmes enceintes, avec parfois la participation de mamans qui allaitent avec leurs bébés; cela permet aux futures mamans de mettre leurs idées au clair et d'éliminer toutes leurs fausses croyances...

III 2.1.7. Soutien psychologique

Ce soutien est primordial si on veut que les patientes arrivent à maintenir leur objectif de perte pondérale mais il est souvent difficile à mettre en place. La meilleure solution serait de proposer des réunions de groupe du type Weight Watchers® où les patientes au régime pourraient comparer leurs efforts et s'encourager mutuellement en comparant leur poids toutes les semaines. Malheureusement ce genre de réunions n'existe pas pour les femmes enceintes. Les femmes obèses doivent donc trouver ce soutien auprès de leur sage-femme ou de leur obstétricien. Ceux-ci ne doivent pas se contenter de noter la prise de poids mais peuvent aussi féliciter leurs patientes ou discuter avec elles des problèmes qu'elles rencontrent si elles n'atteignent pas l'objectif fixé. Les diététiciennes ont aussi un rôle à jouer dans ce soutien et si on voit les patientes tous les mois pour le suivi de grossesse, rien n'empêche de proposer tous les quinze jours ou toutes les semaines, une rencontre avec un psychologue si la patiente en ressent le besoin et si elle a les moyens financiers car la Sécurité Sociale ne rembourse pas les séances de psychothérapie. On pourrait proposer un projet de rencontres hebdomadaires entre les patientes au régime, une sage-femme et une psychologue, qui seraient prises en charge par la maternité organisatrice; au même titre que les informations sur l'allaitement maternel et la péridurale à la maternité de Nancy.

III.2.2. Matériel disponible et autres possibilités

III.2.2.1. Petit matériel

Voyons d'abord le matériel de soins courants, les brassards à tension existent dans toutes les tailles, de l'enfant au super-obèse en se distinguant par des couleurs différentes. En général, le brassard utilisé le plus habituellement est celui de couleur bleue. Il en existe un de couleur bordeaux pour les patients obèses, il s'adapte à des tours de bras de 31 à 40 cm, et si celui-ci ne suffit pas à obtenir une valeur fiable de la pression artérielle il en existe un autre qui s'adapte aux bras de 33 à 47 cm (Datex Engstrom® taille large adulte, de couleur rouge).

Les balances posent souvent problème car elles dépassent rarement 100 ou 120 kg, il devient ensuite difficile d'évaluer la prise pondérale des patientes et il faut leur faire confiance dans ce domaine. On peut malgré tout avoir une estimation à peu près juste de leur poids en les pesant sur deux balances à la fois (un pied sur chaque balance) et en additionnant les deux poids obtenus. Les balances de marque Seca® atteignent néanmoins 150 kg, et la Société Vidonne® à Nanterre vend des balances allant jusqu'à 200 kg.

III.2.2.2. En gynécologie

Les spéculums se présentent en différentes tailles dont une avec des valves plus larges et plus longues que sur les autres modèles : 16 cm de long sur 4 cm de large, permettant de mieux refouler les nombreux replis vaginaux. Si un spéculum de ce genre ne suffit pas à visualiser le col utérin, on peut être amené à en disposer deux à la fois : les valves du premier seront placées horizontalement et les autres verticalement ; cela permet de repousser les parois vaginales afin qu'elles ne cachent pas le col. Il est

également possible de commander aux fabricants des spéculums ou des valves sur mesure et donc les adapter aux femmes obèses.

III.2.2.3. En anesthésie

L'anesthésie générale est crainte chez les obèses par les difficultés d'intubation prévisibles chez ces patients, par le risque élevé d'inhalation de liquide gastrique (ou Syndrome de Mendelson), et cela d'autant plus si la patiente est enceinte et par la crainte de ne pas arriver à sevrer la patiente en oxygène après l'intervention. Les anesthésistes essayeront toujours de poser un cathéter péridural pour éviter l'anesthésie générale.

La pose de l'analgésie péridurale est souvent problématique : les aiguilles de Tuohi standard mesurent 8 cm de l'extrémité à la garde. Pour une femme obèse, on se sert en fait d'aiguilles spinales (prévues pour poser des rachi-anesthésies ou faire des ponctions lombaires, elles posent des problèmes techniques de réalisation), la plus petite mesure 9 cm (Portex®) et il en existe un modèle plus long de 12 cm (Vycon® type Whitacre) qui peut être utile si la femme a des œdèmes ou si sa graisse sous-cutanée est importante.

III.2.2.4. Lits, brancards et tables d'opérations

Pour le matériel plus lourd, les tables d'accouchement comme celles présentes à la Maternité Régionale de Nancy supportent 140 kg, ainsi que les lits et les tables d'opérations. Mais il n'est pas très rare de rencontrer des patientes qui dépassent ce poids. Si le cas se présente, il faut faire au mieux puisque les solutions n'existent pas. Aucun lit n'est en effet prévu pour supporter plus de 130 kg, c'est le poids maximum prévu par la norme européenne. On doit installer la patiente sur un lit ou une table d'accouchement possédant 4 pieds pour assurer une bonne stabilité.

Ce « plan de travail » doit être positionné de telle façon qu'on n'ait plus à le mobiliser une fois que la patiente sera installée dessus car ce sont essentiellement les vérins qui souffrent d'un excès de poids. Si on utilisait une table d'opérations avec un pied central, on s'exposerait au risque que le poids la patiente ne soit pas réparti équitablement autour du pied et que cela fasse écrouler la table avec la patiente. Lorsqu'une patiente ne peut pas se mobiliser seule, son défaut de mobilité peut être compensé par un tapis de transfert que l'on le glisse le long de son flanc puis sur lequel on la translate d'un lit à un brancard ou réciproquement. Mais dans tous les cas il faut éviter au maximum de multiplier les changements de lit de ces patientes à la fois pour assurer leur sécurité et pour préserver le matériel.

III.2.2.5. Quelques idées déjà réalisées

Le problème s'est posé à la maternité régionale de Nancy en début d'année 2000 alors qu'on devait Césariser une patiente de 170 kg. L'élaboration de la stratégie à adopter a nécessité une réflexion et l'intervention a eu lieu sur un brancard pouvant supporter -à moindre mal- le poids de la patiente ; avec des repose-bras réalisés dans des planches de formica par le service technique de la maternité. A Rouen, une femme de 210 kg a été Césarisée dans son lit d'hospitalisation pour éviter de trop la transporter. Dans de pareils cas, il faut jouer de bon sens et se concerter pour trouver des idées ingénieuses afin de remédier au mieux au problème posé.

III.3. Comment stopper la progression de l'obésité dans une famille atteinte



Lorsque les parents d'un enfant sont tous les deux de poids normal, il a un risque de 10% de devenir obèse, si un de ses parents est obèse, le risque pour l'enfant passe à 40% ; et si les deux parents sont obèses, leur enfant a 80% de risque de devenir comme eux. Inversement, 69% des personnes obèses ont au moins un de leurs parents obèse⁶. Selon une étude de l'Inserm réalisée en juin 2000, 10 à 12% des enfants de 6 à 12 ans sont obèses ; c'est le double de ce qui existait dans les années 80.

Alors évidemment un enfant issu de parents obèses n'est pas fatalement un futur obèse mais ces derniers doivent rester vigilants sur ce point. C'est aussi à nous professionnelles de la toute petite enfance d'aider ces parents à développer de nouvelles habitudes alimentaires avec cet enfant qui arrive ; de les orienter vers les personnes compétentes qui pourront les suivre à plus long terme.

Il est important de ne pas diversifier l'alimentation d'un nourrisson avant qu'il n'ait atteint l'âge de 6 mois car dans ce cas, les nouveaux aliments solides que l'on offre au bébé ne compensent pas la perte d'apports en lait

⁶ J.FRICKER *Obésité* Paris : Masson, 1995.- 308p. (Abrégés de Médecine)

qu'ils impliquent. L'enfant aura tendance à faire des réserves puisque ses apports auront été diminués et il commencera à grossir. Quoi qu'il arrive, il faut toujours garder un minimum de 500 ml de lait ou d'équivalents lactés par jour. L'introduction trop précoce d'aliments solides entraîne aussi une majoration du risque d'allergies alimentaires et d'eczéma.

Il faut expliquer aux parents qu'un bébé peut pleurer pour différentes raisons : il peut être sale, fatigué, avoir faim ou juste avoir besoin d'être câliné. Les parents doivent apprendre à reconnaître ces différences pour pouvoir y répondre spécifiquement et ne pas répondre à tous les pleurs de leur nourrisson par la proposition d'un biberon.

A la sortie de la maternité, les femmes obèses doivent avoir l'adresse de la PMI et savoir qu'elles peuvent y aller n'importe quand si elles ont un problème avec leur nouveau-né, savoir aussi qu'elles peuvent rappeler la maternité pour poser des questions qui ne leur étaient pas venues à l'esprit pendant leur séjour. Les sages-femmes de maternité préviennent la PMI de la sortie de ces femmes pour que leurs collègues sage-femme ou puéricultrice soient présentes auprès d'elles dès le retour à domicile.

L'objectif à garder en mémoire dans le suivi de la grossesse d'une femme obèse, est qu'elle apprenne durant sa gestation un minimum de règles d'hygiène alimentaire pour pouvoir les appliquer d'abord pour elle-même et son mari et le ou les enfants qui sont déjà là puis pour l'enfant qui va naître.

III.4. Avenir thérapeutique : la leptine

La leptine est une hormone protéique qui est produite par le tissu adipeux quand sa masse augmente ; elle a un effet satiétogène, elle augmente les dépenses énergétiques et empêche ainsi la prise de poids en se fixant sur un récepteur spécifique. Elle a été découverte en 1994 grâce à la souris ob/ob : cette souris est hyperphagique, massivement obèse, diabétique et infertile ; elle possède une mutation du gène ob, qui code pour la leptine (41). Si on traite des souris avec de la leptine synthétique, elles maigrissent et retrouvent leur fertilité. En 1997, une équipe anglaise trouve deux enfants atteints de la mutation du gène de la leptine : ils sont massivement obèses mais du fait de leur jeune âge, on ne sait pas si leur fonction reproductrice est opérationnelle ou non. D'autre part, en mars 1998 deux équipes : l'une franco-turque et l'autre française découvrent deux adultes porteurs de la mutation du gène codant pour la leptine : un homme âgé de 22 ans, impubère et une femme de 34 ans qui présente une aménorrhée primaire. Cette dernière découverte montre le rôle que joue la leptine dans la fonction reproductrice de l'espèce humaine, c'est un grand espoir pour les sujets atteints de cette mutation qui pourraient ainsi retrouver leur fertilité grâce à la leptine de synthèse, comme nous l'a montré l'exemple des souris ob/ob. Cette hormone est certes importante mais elle ne permet pas de résultats très concluants chez les obèses non mutés ou lorsque c'est son récepteur qui fait défaut. La perte de poids est en revanche possible par modification du comportement alimentaire et augmentation de la satiété chez les personnes déficientes en leptine. Malheureusement, ces patients ne sont pas nombreux et il faudra encore des recherches pour trouver d'autres traitements efficaces dans l'obésité.

CONCLUSION

L'obésité est une maladie non-transmissible dont la fréquence ne cesse de croître. En ce début de millénaire c'est un problème mondial de santé publique, tant dans les pays industrialisés que, paradoxalement, dans les pays pauvres en voie de développement.

Cette pathologie accentue les pathologies gravidiques et peut favoriser leur apparition. C'est pourquoi la vigilance des sages-femmes doit être constante lorsqu'elles suivent des grossesses chez les femmes obèses ; elles ne peuvent pas se permettre de passer à côté d'une pathologie intercurrente. Cela peut malgré tout être le cas si, comme le montre l'enquête, les sages-femmes n'ont pas connaissance de cette maladie ni du matériel existant pour la prise en charge des femmes obèses.

J'espère que les sages-femmes et les surveillantes auront pu trouver dans ce mémoire des réponses aux questions qu'elles se posaient et qu'ainsi la prise en charge des femmes obèses en sera améliorée. J'espère aussi que l'on cessera de les considérer comme des gourmandes sans volonté et que l'on appréhendera leur surpoids comme une maladie à part entière, en leur proposant les traitements adaptés.

Les femmes obèses souffrent de cette maladie et n'ont pas envie de transmettre un tel héritage à leurs enfants. Cependant, elles le font souvent malgré elles en reproduisant le schéma alimentaire qui les a menées à prendre du poids. Les sages-femmes peuvent agir modestement sur la transmission de cette maladie : c'est à nous de profiter du moment privilégié de la naissance, où les femmes commencent une nouvelle vie avec leur enfant, pour pointer du doigt les dysfonctionnements. instaurer de nouvelles habitudes. Nous devons informer les femmes obèses. Elles ne sont pas seules. Nous avons les moyens de les aider.

BIBLIOGRAPHIE

1. DECHAUD H., FERRON G., ANAHORY T. et al.
Obésité et assistance médicale à la procréation
Contracept.Fertil.Sex., 1998, 26, n° 7-8, p. 564-567

2. Dr DESMOULINS Catherine
L'avenir thérapeutique de la leptine
Le Quotidien du Médecin, numéro Nutrition, 2000, 11, 6773, p. 33-34

3. DIAZ-JAMES Isabelle
Etre obèse, un risque pour la grossesse ?
Les dossiers de l'obstétrique, 1997, 24, 250, p. 3-15

4. Dr DIEGO-BOISSONNET Marie-Laure
L'obésité est devenue une épidémie mondiale
Le Quotidien du Médecin, 1999, 6598, p. 30

5. Dr FOURNET Nicole
Prise en charge du diabète gestationnel.
Bulletin de Périnatalogie de Genève 1997, 21, p. 1

6. Pr FOURNIER Alain et. Al.
Recommandations pour la pratique clinique, diabète gestationnel
Recommandation du CNGOF, 6 déc. 1996

7. FRICKER J.
Obésité
Paris : Masson, 1995,- 308p. (Abrégés de Médecine)

8. FROGUEL Ph., GUY-GRAND B., BOUGNERES P., LEBOUUC Y.

Une équipe française fait une nouvelle découverte dans le domaine de l'obésité.

Nature, 26 mars 1998

9. GANDAR R., SPIZZO M., COLLIN D.

Diagnostic et traitement du syndrome des ovaires polykystiques

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999, 28, 6, p. 510-518

10. Dr GARDEA Alexandre

Surcharge pondérale chez l'enfant : conduite à tenir

Le Quotidien du Médecin, 2000, 6804, p. 16 et 18

11. GIACALONE P.-L., DAYROLLE S., BOULOT P. et al.

Accouchement de la femme en surpoids Analyse d'une série de 115 patientes

Journal de Gynécologie Obstétrique, 2000,

12. Dr MEQUIGNON Christian

Prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Tout prévoir, 1999, 304, p. 6-10

13. SOLERE Pascale

Actualités et perspectives médicamenteuses

Impact Médecin hebdo, 1999, 453, p. 64

14. STROBEL A., ISAAD T., CAMOIN L., OZATA. et STROSBERG A.D.

A leptin misense mutation associated with hypogonadism and morbid obesity

Nature Genetics, 2 mars 1998

15. Dr VALLOIS Brigitte

La diversification de l'alimentation du nourrisson : quelques erreurs à éviter

Le Quotidien du Médecin, 2000, 6664, p. 23-24

16. Dr VUAILLE Béatrice

Le prix Nutrasweet pour des travaux sur l'obésité de l'enfant

Le Quotidien du Médecin, 1999, 6611, p. 13

17. ZAMBERLAN Anne

Coup de gueule contre la grossophobie. Je suis grosse et alors ?

Paris : éditions Ramsay, 1994,- 156p. (Collection Coup de Gueule)

CONGRES

18. Obésité : génétique, physiopathologie et thérapeutique à l'aube d'une révolution conceptuelle

(1999, Paris)

Sur internet

19. Journée annuelle de nutrition et de diététique (38 ; 1998 ; lieu)

Obésité : les traitements ne (dé)font pas encore le poids

Gyn-Obs, 1998, n°383 spécial La médecine et la femme

20. Journée annuelle de Nutrition et Diététique (01/1997)

Poids et fertilité BRINGER J. et LEFEBVRE P.

Dans Médecine et Nutrition

INTERNET

21. OMS information n°190, mars 1996

22. www.actualnet.fr

23. www.alfediam.org

24. www.allegrofortissimo.fr

25. www.atmedica.com

26. www.cgnof.asso.fr

27. www.chups.jussieu.fr

28. www.cnrs.fr

29. www.crsfa.ulaval.ca

30. www.cybercable.tm.fr

31. www.e2med.com

32. www.esculape.com

33. www.gyneweb.fr

34. www.inserm.com

35. www.matweb.hcuge.ch

36. www.obesite.chaire.ulaval.ca

37. www.obesity-diet.com

38. www.pasteur.fr

39. www.quotimed.com

40. www.sante.gouv.fr

41. www.vidalpro.net

INDEX DES ILLUSTRATIONS

1. Couverture : Sergio Velázquez, Les amies radieuses
2. p. 19 : Fernando Botero, Le bain
3. p. 37 : bébéinfo trouvé sur internet, www.quotimed.fr
4. p. 59 : Sergio Velázquez, Mère et enfant
5. p. 72 : Fernando Botero, La famille



TABLE
DES
MATIÈRES



Intention particulière	3
Remerciements	4
Sommaire.....	5
Préface	6
Introduction.....	8
1^{ère} partie : L'obésité, une maladie	10
I.2. <u>Généralités</u>	11
I.2.1. Epidémiologie	11
I.2.2. Définition	12
I.3. <u>Les étiologies</u>	14
I.3.1. Primaires	14
I.3.2. Secondaires	14
I.4. <u>Les complications</u>	16
I.4.1. Sur le plan général	16
I.4.1.1. <i>L'hypertension artérielle</i>	16
I.4.1.2. <i>Les maladies cardio-vasculaires</i>	16
I.4.1.3. <i>Le risque thrombo-embolique</i>	17
I.4.1.4. <i>Le diabète non insulino-dépendant</i>	17
I.4.1.5. <i>L'hyperuricémie</i>	17
I.4.1.6. <i>Les dyslipidémies</i>	18
I.4.1.7. <i>Les complications respiratoires</i>	18
I.4.1.8. <i>Les complications articulaires</i>	18
I.4.1.9. <i>Aspects psychologiques</i>	19
I.4.2. Sur le plan gynécologique	20
I.4.2.1. <i>Les cancers</i>	20
I.4.2.2. <i>Le syndrome des ovaires micro-polykystiques</i>	20
I.4.2.3. <i>La contraception</i>	20
I.4.2.4. <i>Les troubles de la fertilité</i>	21

I.4.3. Sur le plan obstétrical.....	22
I.4.3.1. Le suivi de la grossesse.....	22
I.4.3.2. L'accouchement	24
I.4.3.3. Les suites de couches.....	25
I.5. <u>Les traitements</u>	26
I.5.1. Traitements non médicamenteux.....	26
I.5.1.1. L'enquête alimentaire	26
I.5.1.2. Les régimes.....	27
I.5.1.3. L'activité physique.....	28
I.5.1.4. La psychothérapie	30
I.5.1.5. Les cures d'amaigrissement.....	31
I.5.1.6. Le ballon intra-gastrique.....	32
I.5.2. Les traitements médicamenteux.....	33
I.5.2.1. Traitement spécifique du surpoids.....	33
I.5.2.2. Traitement des complications.....	34
I.5.3. Traitement chirurgical.....	34
I.5.3.1. Chirurgie de l'obésité.....	34
I.5.3.2. Chirurgie réparatrice ou chirurgie plastique.....	35

Deuxième partie : Résultats d'enquête..... 37

II.1. <u>Présentation de l'étude</u>	38
II.1.1. Objectif.....	38
II.1.2. Méthodologie	38
II.1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	38
II.1.4. Population étudiée.....	39
II.2. <u>Analyse des réponses par thème abordé</u>	41
II.2.1. Généralités sur l'obésité.....	41
II.2.2. L'obésité et la grossesse.....	45
II.2.3. L'obésité et l'accouchement	51
II.2.4. L'obésité dans les suites de couches	53

II.3. <u>Influence de l'Indice de Masse Corporelle de la sage-femme interrogée</u>	56
II.4. <u>Réflexions spontanées des sages-femmes</u>	58
Troisième partie : Conduite à tenir pour la grossesse	59
III.1. <u>Commentaire des résultats</u>	60
III.2. <u>Recommandations pour la pratique clinique</u>	62
III.2.1. Suivi de la grossesse d'une femme obèse.....	62
<i>III.2.1.1. Suivi de la prise de poids</i>	62
<i>III.2.1.2. Point de vue diabétologique</i>	63
<i>III.2.1.3. L'hypertension artérielle</i>	64
<i>III.2.1.4. Surveillance fœtale</i>	65
<i>III.2.1.5. Conduite à tenir pour l'accouchement</i>	66
<i>III.2.1.6. Préparation à l'allaitement maternel</i>	67
<i>III.2.1.7. Soutien psychologique</i>	68
III.2.2. Matériel disponible et autres possibilités.....	69
<i>III.2.2.1. Petit matériel</i>	69
<i>III.2.2.2. En gynécologie</i>	69
<i>III.2.2.3. En anesthésie</i>	70
<i>III.2.2.4. Lits, brancards et tables d'opérations</i>	70
<i>III.2.2.5. Quelques idées déjà réalisées</i>	71
III.3. <u>Comment stopper la progression de l'obésité dans une famille atteinte</u>	72
III.4. <u>Avenir thérapeutique : la leptine</u>	74
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	77
Index des illustrations.....	82
Table des matières.....	83
Annexes.....	87

ANNEXES

QUESTIONNAIRE SUR L'OBESITE

Je suis actuellement étudiante en 4^{ème} année à l'Ecole de Sages-Femmes de Nancy et je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'obésité et ses conséquences sur la grossesse. L'objectif de cette étude est de répertorier les différentes approches de l'obésité par le personnel soignant et de proposer un suivi plus « standardisé » des grossesses chez les femmes obèses.

Les réponses à ce questionnaire resteront anonymes et seront pour moi d'un intérêt capital. Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

Coralie ADROT

QUESTIONS PERSONNELLES

1. Sexe féminin
 masculin
2. Quel est votre âge ?
3. Quelle est votre profession ?
4. Quels sont votre taille ?
et votre poids ?



GENERALITES SUR L'OBESITE

5. Quelles sont les formules utilisées pour définir l'obésité ?

l'IMC	<input type="checkbox"/>
la formule de Lorentz	<input type="checkbox"/>
le « poids idéal »	<input type="checkbox"/>
le score de Pajot	<input type="checkbox"/>
le BMI	<input type="checkbox"/>
6. Sur quels critères définiriez-vous l'obésité ?

un excès de poids	<input type="checkbox"/>
un excès de graisse	<input type="checkbox"/>
un « score » (ci-dessus) perturbé	<input type="checkbox"/>

NB : l'IMC ou indice de masse corporelle est calculé par le rapport poids/taille²

7. A partir de quel IMC parle-t-on d'obésité ?

15..... 25..... 30..... 35.....

8. Quelles sont ses étiologies probables ?
- | | |
|--|--------------------------|
| un trop gros appétit | <input type="checkbox"/> |
| des troubles du comportement alimentaire | <input type="checkbox"/> |
| un dérèglement hormonal | <input type="checkbox"/> |
| un manque de volonté | <input type="checkbox"/> |
| l'hérédité | <input type="checkbox"/> |
9. Vous pensez que l'obésité peut entraîner
- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| une hypofertilité | <input type="checkbox"/> |
| des troubles de la satiété | <input type="checkbox"/> |
| des dysfonctionnements hormonaux | <input type="checkbox"/> |
| des troubles de la personnalité | <input type="checkbox"/> |
10. Quel sont pour vous les complications associées ?
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> |
| diabète | <input type="checkbox"/> |
| maladie thrombo-embolique | <input type="checkbox"/> |
| problèmes articulaires | <input type="checkbox"/> |
| difficultés psychologiques | <input type="checkbox"/> |

~~~~~

## L'OBESITE ET LA GROSSESSE

11. Pour vous, une grossesse chez une femme obèse est-elle à risque ?
- OUI       NON
12. Les risques de voir se développer l'une de ces complications lors d'une grossesse sont-ils augmentés chez une femme obèse ?
- |                                     | OUI                      | NON                      |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -diabète gestationnel               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -hypertension artérielle gravidique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -pré-éclampsie /éclampsie           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -infections                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -hémorragie de la délivrance        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -césarienne                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Prévoyez-vous une surveillance particulière de la grossesse ?
- OUI       NON
- Si oui, laquelle ? .....
- .....
- A quel rythme prévoyez-vous les visites prénatales ?.....
14. Est-il facile d'aborder le problème du surpoids avec les femmes ?
- OUI       NON

15. Leur conseillez-vous une consultation avec un nutritionniste ? OUI  NON   
Si non, est-ce parce que vous pensez qu'il est trop tard ? OUI  NON

16. Prêtez-vous attention au profil psychologique des femmes obèses ?  
OUI  NON   
Leur conseillez-vous de consulter un psychologue ou un psychiatre si cela vous paraît  
approprié ? OUI  NON

Si oui, sur quel(s) critère(s) jugez-vous cela nécessaire ? .....

~~~~~  
L'OBESITE ET L'ACCOUCHEMENT

17. Prévoyez-vous une prise en charge spéciale pour l'accouchement ?
OUI NON

Si oui, laquelle ?

18. Existe-t-il un « protocole » pour les parturientes obèses dans votre établissement ?
OUI NON

Si oui, en quoi consiste-t-il ?

Si non, que faites-vous quand la situation se présente à vous ?

19. Votre établissement possède-t-il le matériel adapté aux patientes obèses ?
OUI NON

L'OBESITE DANS LES SUITES DE COUCHES

20. Connaissez-vous le risque pour l'enfant d'être obèse (en pourcentage)
- si les parents sont de poids normal ?
 - si un des deux parents est obèse ?
 - si les deux parents sont obèses ?
21. Vous renseignez-vous sur la corpulence du père ? OUI NON
22. Abordez-vous la part de l'hérédité dans l'obésité avec la mère ? OUI NON
23. Parlez-vous des moyens pour anticiper et prévenir l'obésité de l'enfant ? OUI NON
24. Proposez-vous un suivi nutritionnel pour la mère et pour l'enfant
- systématiquement OUI NON
 - si elle le demande OUI NON
 - si elle se sent concernée OUI NON
25. Pour vous, qu'est-ce qui peut favoriser l'apparition de l'obésité chez l'enfant ?
- le poids de naissance élevé (macrosomie) OUI NON
 - l'allaitement artificiel OUI NON
 - l'allaitement maternel OUI NON
 - le recours à la tétine pour calmer l'enfant OUI NON
 - l'introduction précoce d'aliments solides OUI NON
 - le manque de sommeil OUI NON

REFLEXIONS PERSONNELLES

Si vous avez d'autres remarques ou des suggestions à me proposer, voici un espace pour m'en faire part :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie du temps que vous m'avez consacré.

* XENICAL

orlistat

FORMES et PRÉSENTATIONS

Gélule à 120 mg (turquoise, gravé « Roche Xenical 120 ») : Boîte de 84, sous plaquettes thermoformées (PVC/PE/PVDC).

COMPOSITION

	<i>p</i> gélule	<i>p</i> boîte
Orlistat (DCI)	120 mg	10,08 g

Excipient : cellulose microcristalline, carboxyméthylamidon sodique, povidone, laurylsulfate de sodium, talc.

Enveloppe de la gélule : gélatine, indigotine (E 132), dioxyde de titane (E 171), encre pour impression alimentaire.

DC/INDICATIONS

Xenical est indiqué en association à un régime modérément hypocalorique, dans le traitement de l'obésité (indice de masse corporelle [IMC] supérieur ou égal à 30 kg/m²) ou du surpoids (IMC supérieur ou égal à 28 kg/m²) associé à des facteurs de risques.

Le traitement par orlistat doit être entrepris uniquement si un régime seul a précédemment permis une perte de poids d'au moins 2,5 kg en 4 semaines consécutives. Le traitement par orlistat doit être arrêté après 12 semaines si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % du poids mesuré au début du traitement médicamenteux.

DC/POSOLOGIE et MODE D'ADMINISTRATION

Adulte :

La posologie recommandée pour l'orlistat est de 1 gélule à 120 mg immédiatement avant, pendant ou jusqu'à une heure après chacun des principaux repas. Si un repas est sauté ou ne contient pas de graisses, la prise d'orlistat doit être supprimée.

Le patient doit suivre un régime modérément hypocalorique, bien équilibré sur le plan nutritionnel et contenant environ 30 % de l'apport calorique sous forme de graisses. Il est recommandé que le régime soit riche en fruits et légumes. L'apport journalier en lipides, glucides et protéines doit être réparti sur les trois repas principaux.

Des posologies supérieures à 3 fois 120 mg par jour n'apportent pas de bénéfice supplémentaire.

L'orlistat provoque une augmentation de la quantité de graisses dans les selles 24 à 48 heures après la prise. A l'arrêt du traitement, le contenu fécal en graisses revient habituellement aux valeurs préthérapeutiques en 48 à 72 heures.

Aucune donnée sur la tolérance et l'efficacité n'étant disponible au-delà de 2 ans, la durée de traitement par orlistat ne doit pas dépasser 2 ans.

Population spéciale :

Les effets d'orlistat chez les patients insuffisants hépatiques et/ou rénaux, les enfants et les personnes âgées n'ont pas été étudiés.

L'orlistat ne doit pas être utilisé chez les enfants.

DC/CONTRE-INDICATIONS

Absolues :

- Syndrome de malabsorption chronique.
- Cholestase.
- Hypersensibilité connue à l'orlistat ou à l'un des excipients du médicament.
- Femme qui allaite (cf. Grossesse et Allaitement).

Relative :

- L'orlistat n'est pas recommandé pendant la grossesse.

DC/MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Au cours des études cliniques, la perte de poids sous orlistat a été inférieure chez les patients présentant un diabète de type II à celle observée chez les patients non diabétiques. Les traitements antidiabétiques peuvent nécessiter une surveillance particulière lors de l'association à l'orlistat.

Le traitement par orlistat peut potentiellement modifier l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Pour la très grande majorité des patients traités par orlistat, jusqu'à deux ans au cours des essais cliniques, les concentrations sanguines des vitamines A, D, E et K et du bêta-carotène sont restées dans les limites de la normale. Pour respecter l'équilibre nutritionnel des patients suivant un régime, il doit être conseillé d'avoir une alimentation riche en fruits et légumes, et une supplémentation multivitaminique peut être envisagée. Si une supplémentation multivitaminique est recommandée, elle doit être prise au moins deux heures après l'administration d'orlistat ou au moment du coucher.

Les patients doivent suivre les recommandations diététiques qui leur sont données (cf. Posologie et Mode d'administration). La possibilité de voir apparaître des troubles gastro-intestinaux (cf. Effets indésirables) peut augmenter lorsque l'orlistat est administré avec un régime riche en graisses (exemple : lors d'un régime de 2 000 kcal/jour, > 30 % de calories d'origine lipidique équivalent à > 67 g de graisses). L'apport quotidien en graisses doit être réparti sur les trois principaux repas. Si l'orlistat est pris avec un repas très riche en graisses, la possibilité de troubles gastro-intestinaux peut augmenter.

Une réduction des taux plasmatiques de ciclosporine a été observée quand l'orlistat est administré en association à la ciclosporine. En conséquence, il est recommandé de surveiller plus fréquemment les taux plasmatiques de ciclosporine quand l'orlistat est administré en association à la ciclosporine et de poursuivre cette surveillance après arrêt du traitement par orlistat jusqu'à ce que les taux de ciclosporine se soient stabilisés (cf. Interactions).

DC/INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES :

- En l'absence d'études d'interactions pharmacocinétiques, l'administration concomitante avec orlistat d'acarbose, de biguanides ou d'anorexigènes n'est pas recommandée. Lorsque la warfarine ou d'autres anticoagulants sont associés à l'orlistat (à haute dose et en traitement à long terme), une évaluation de l'INR (International Normalised Ratio) doit être réalisée.
Aucune interaction avec la digoxine, les fibrates, la phénytoïne, les contraceptifs oraux, la nifédipine, la nifédipine retard ou l'alcool n'a été observée.
- Vitamines et bêta-carotène : la diminution de l'absorption des vitamines D, E et du bêta-carotène doit être prise en compte (cf. Mises en garde et Précautions d'emploi).
- Une réduction des taux plasmatiques de ciclosporine a été observée quand l'orlistat est administré en association à la ciclosporine. En conséquence, il est recommandé de surveiller plus fréquemment les taux plasmatiques de ciclosporine quand l'orlistat est administré en association à la ciclosporine et de poursuivre cette surveillance après arrêt du traitement par orlistat jusqu'à ce que les taux de ciclosporine se soient stabilisés (cf. Mises en garde et Précautions d'emploi).

DC/GROSSESSE et ALLAITEMENT

Grossesse :

Dans les études de reproduction réalisées chez l'animal, aucun effet tératogène n'a été observé. En l'absence d'effet tératogène chez l'animal, aucune malformation n'est attendue dans l'espèce humaine.

A ce jour, les médicaments responsables de malformation dans l'espèce humaine se sont révélés tératogènes chez l'animal, au cours d'études bien conduites sur 2 espèces.

Actuellement, les données disponibles chez la femme enceinte sont insuffisantes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique de l'orlistat. L'utilisation d'orlistat n'est donc pas recommandée pendant la grossesse.

Allaitement :

Le passage dans le lait maternel n'étant pas connu, l'orlistat est contre-indiqué en période d'allaitement.

DC/CONDUITE et UTILISATION DE MACHINES

Aucun effet sur l'aptitude des patients à conduire des véhicules ou à utiliser des machines n'a été rapporté.

DC/EFFETS INDÉSIRABLES

Les effets indésirables de l'orlistat sont essentiellement d'origine gastro-intestinale. Pendant la première année de traitement, les effets les plus couramment observés sont des traces de graisses anales (27 % des patients), des gaz

avec suintement (24 % des patients), des selles impérieuses (22 % des patients), des selles grasses/huileuses (20 % des patients), des émissions de graisses (12 % des patients), des selles abondantes (11 % des patients) et des incontinences fécales (8 % des patients). L'incidence des effets indésirables diminue lors de l'utilisation prolongée d'orlistat. Les autres événements indésirables survenus avec une fréquence supérieure à 2 % et supérieure d'au moins 1 % par rapport au placebo sont :

- Appareil digestif : douleur/gêne abdominale, flatulence, selles liquides, selles molles, douleur/gêne rectale, problèmes dentaires, problèmes gingivaux.
- Appareil respiratoire : infection respiratoire haute, infection respiratoire basse.
- Système immunitaire : grippe.
- Système nerveux central : céphalées.
- Appareil reproducteur : règles irrégulières.
- Troubles psychiques : anxiété.
- Organisme dans son ensemble : asthénie.
- Appareil urinaire : infection urinaire.

De rares cas d'hypersensibilité ont été rapportés. Les principaux symptômes cliniques sont : prurit, rash cutané, urticaire, angio-oedème et réaction anaphylactique.

DC/SURDOSAGE

Aucun cas de surdosage en orlistat n'a été rapporté. L'effet de doses uniques de 800 mg d'orlistat et de doses multiples allant jusqu'à 400 mg trois fois par jour pendant 15 jours a été étudié chez des sujets de poids normal et des sujets obèses sans mettre en évidence d'événement significatif. De plus, des doses de 240 mg trois fois par jour ont été administrées à des patients obèses pendant 6 mois.

En cas de surdosage, il est recommandé de mettre le patient en observation pendant 24 heures. Selon les études chez l'animal et chez l'homme, tout effet systémique attribuable aux propriétés d'inhibition des lipases de l'orlistat devrait être rapidement réversible.

PP/PHARMACODYNAMIE

Agent anti-obésité (A08AB01).

L'orlistat est un inhibiteur puissant, spécifique et d'action prolongée des lipases gastro-intestinales. Il exerce son activité thérapeutique dans la lumière de l'estomac et de l'intestin grêle en formant une liaison covalente avec le site sérine actif des lipases gastriques et pancréatiques. L'enzyme inactivée ne peut donc plus hydrolyser les triglycérides d'origine alimentaire en acides gras libres et monoglycérides absorbables.

Les résultats combinés de 5 études menées sur 2 ans ont montré qu'après 1 an de traitement associé à un régime hypocalorique, 20 % des patients prenant orlistat 120 mg ont perdu au moins 10 % de leur poids contre 8 % des patients prenant du placebo. La différence moyenne de perte de poids entre le groupe traité et le groupe placebo était de - 3,2 kg. Chez les patients présentant un diabète de type II, le pourcentage de répondeurs (perte de poids supérieure ou égale à 10 %) était de 9 % sous orlistat contre 4 % sous placebo. La différence moyenne de perte de poids du groupe traité comparé au groupe placebo était de - 2,1 kg chez ces patients.

PP/PHARMACOCINÉTIQUE

Absorption :

Des études menées chez des volontaires sains et obèses ont montré que l'absorption de l'orlistat est très faible. Les concentrations plasmatiques d'orlistat sous forme inchangée ne sont pas mesurables (< 5 ng/ml) 8 heures après l'administration orale d'orlistat.

En général, aux doses thérapeutiques, la détection d'orlistat sous forme inchangée dans le plasma est sporadique et les concentrations extrêmement faibles (< 10 ng/ml ou 0,02 µmol), sans signe d'accumulation, ce qui est compatible avec une absorption très faible.

Distribution :

Le volume de distribution n'a pas pu être déterminé car le médicament est très peu absorbé et n'a pas de pharmacocinétique systémique définie. In vitro, le pourcentage de fixation de l'orlistat aux protéines plasmatiques (les lipoprotéines et l'albumine sont les principales protéines de liaison) est supérieur à 99 %. La distribution de l'orlistat dans les érythrocytes est négligeable.

Métabolisme :

Selon les données recueillies chez l'animal, il semble que le métabolisme de l'orlistat ait lieu principalement dans

la paroi gastro-intestinale. D'après une étude chez des patients obèses, pour la très faible fraction de la dose absorbée au niveau systémique, les deux métabolites principaux, M1 (hydrolyse du cycle lactone à 4 atomes) et M3 (M1 avec clivage de la fraction N-formyl de la leucine) représentent en tout environ 42 % de la concentration plasmatique totale.

M1 et M3 ont un cycle bêta-lactone ouvert et une activité d'inhibition des lipases extrêmement faible (respectivement 1 000 à 2 500 fois inférieures à celle de l'orlistat). Au vu de cette faible activité inhibitrice et des faibles taux plasmatiques aux doses thérapeutiques (en moyenne 26 ng/ml et 108 ng/ml, respectivement), ces métabolites sont considérés comme dénués d'effet pharmacologique.

Élimination :

Les études chez des sujets de poids normal et obèses ont montré que l'excrétion fécale du médicament non absorbé est la principale voie d'élimination. Environ 97 % de la dose administrée est excrétée dans les selles, dont 83 % sous forme inchangée.

L'excrétion rénale cumulée de l'orlistat et de ses métabolites est inférieure à 2 % de la dose administrée.

L'élimination totale (fécale et urinaire) se fait en 3 à 5 jours. L'élimination de l'orlistat semble similaire chez les volontaires sains et obèses. L'orlistat et ses métabolites M1 et M3 sont excrétés par voie biliaire.

PP/SÉCURITÉ PRÉCLINIQUE

Les études précliniques de tolérance pharmacologique, de toxicité en administration répétée, de génotoxicité, du potentiel carcinogène et de toxicité sur la reproduction n'ont pas révélé de risque particulier pour l'homme.

DP/CONDITIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION

A conserver en dessous de 25 °C et à l'abri de l'humidité.



LISTE I

AMM EU/1/98/071/001-006 ; CIP 347 809.6 (révisée 11.05.2000).

PRIX : 590,00 F/89,94 € (84 gélules).

Non remb Séc soc.

Titulaire de l'AMM : Roche Registration Limited, 40, Broadwater road, Welwyn Garden City, Hertfordshire AL7 3 AY, Royaume-Uni.

PRODUITS ROCHE

52, bd du Parc. 92521 Neuilly-sur-Seine cedex
Unité d'information médicale et pharmaceutique :
Tél : 01 46 40 51 91
Pharmacovigilance : Tél : 01 46 40 53 08

Notice de l'orlistat, tirée du site internet www.Vidalpro.fr

ADROT Coralie

Promotion 1997-2001

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Ecole de Sages-Femmes A. Fruhinsholtz NANCY

INTITULE

La grossesse chez les femmes obèses

MOTS-CLES

Obésité, complications, suivi de grossesse, régime

RESUME

L'obésité est une maladie. Peu de gens le savent et elle est encore trop souvent considérée comme résultant seulement d'abus de bonne chère.

Une première partie en étudie la définition, les étiologies, les complications et les différentes sortes de traitements possibles. Nous aborderons également les répercussions de cette pathologie sur la grossesse.

La deuxième partie présente une analyse des connaissances des sages-femmes Lorraines sur cette pathologie ; évaluées par l'intermédiaire d'une étude prospective *via* un questionnaire.

Enfin la troisième partie propose des solutions concrètes pour le suivi de la grossesse et l'accouchement de ces femmes différentes.