

# Grossesse chez les personnes atteintes d'obésité

Julianah O. Oguntala BSc, Roaa Elmahi, Cynthia Maxwell MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 May 29;195:E747. doi : 10.1503/cmaj.221343-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221343](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221343)

## 1 L'obésité affecte 8%–12% des grossesses<sup>1</sup>

Un indice de masse corporelle (IMC) de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus avant la grossesse est lié à un risque accru d'issue négative de la grossesse<sup>1</sup>. Chaque augmentation de 5–7 kg/m<sup>2</sup> de l'IMC multiplie par 2 le risque de prééclampsie<sup>1</sup>. En prévision de la grossesse, les options de gestion pondérale peuvent inclure des modifications à l'hygiène de vie, la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique, selon le cas. Le dépistage avant la grossesse peut comporter une évaluation des fonctions hépatique, cardiaque, respiratoire et thyroïdienne, en plus d'un bilan lipidique<sup>2</sup>. Si la personne consulte après la conception, le dépistage sera modifié selon les antécédents médicaux. On préconise un dépistage hâtif du diabète de type 2 avec dosage de l'hémoglobine glyquée<sup>1</sup>.

## 2 La maîtrise du gain pondéral et la prise quotidienne d'acide acétylsalicylique (AAS) durant la grossesse sont des stratégies factuelles de prévention de la prééclampsie<sup>2</sup>

En présence d'un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> ou plus avant la grossesse ou durant le premier trimestre, on recommande un gain pondéral gestationnel total de 5–9 kg<sup>2</sup>. La prise d'AAS à faible dose (75–150 mg) peut réduire de 62% le risque de prééclampsie; elle devrait débuter avant 16 semaines de gestation et se poursuivre jusqu'à 36 semaines de gestation<sup>3</sup>.

## 3 L'obésité est associée à un risque accru d'accouchement par césarienne<sup>4</sup>

C'est une incidence plus élevée de dystocie aux premiers stades du travail qui explique cet accroissement du risque. Le risque que les contractions utérines soient inefficaces est directement proportionnel à la classe d'obésité (rapport des cotes 2,14, 2,72 et 3,98 chez les personnes qui présentent respectivement une obésité de classe I, II ou III)<sup>4</sup>. Les personnes enceintes atteintes d'obésité sont plus susceptibles d'avoir besoin qu'on provoque le travail, et les taux d'échec sont plus élevés. Par contre, des études montrent que l'induction planifiée à terme peut réduire les taux de césariennes, de macrosomie et de morbidité néonatale<sup>4</sup>.

## 4 L'allaitement est recommandé

Les personnes atteintes d'obésité sont moins susceptibles de commencer l'allaitement et ont tendance à allaiter moins longtemps<sup>4</sup>. La formation sur l'allaitement devrait mettre l'accent sur ses avantages, notamment la protection contre le syndrome de mort subite du nourrisson, l'obésité infantile et les risques cardiovasculaires maternels<sup>4,5</sup>, en plus d'offrir de l'information sur les difficultés possibles et leur solutions<sup>4</sup>.

## 5 L'obésité peut susciter des préjugés et les personnes se sentent souvent pointées du doigt par leurs médecins<sup>6</sup>

Les paroles stigmatisantes érodent le lien de confiance et font en sorte que les personnes évitent de chercher de l'aide. Il faut utiliser un langage désignant la personne d'abord plutôt que de mettre l'accent sur son problème de santé (p. ex., personne atteinte d'obésité, plutôt que personne obèse)<sup>4</sup>.

## Références

1. Dixit A, Girling JC. Obesity and pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:14-23.
2. Maxwell C, Gaudet L, Cassir G, et al. Guideline No. 391: Pregnancy and maternal obesity Part 1 — Pre-conception and prenatal care. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:1623-40.
3. Magee LA, Smith GN, Bloch C, et al. Guideline No. 426: Hypertensive disorders of pregnancy — Diagnosis, prediction, prevention, and management. *J Obstet Gynaecol Can* 2022;44:547-71.e1.
4. Maxwell C, Gaudet L, Cassir G, et al. Guideline No. 392: Pregnancy and maternal obesity Part 2 — Team planning for delivery and postpartum care. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41:1660-75.
5. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, et al. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women. *J Am Heart Assoc* 2022;11:e022746.
6. Incollingo Rodriguez AC, Smieszek SM, Nippert KE, et al. Pregnant and postpartum women's experiences of weight stigma in healthcare. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20:499.

**Intérêts concurrents :** Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Faculté de médecine Temerty (Oguntala), Université de Toronto, Toronto, Ont.; Faculté de médecine (Elmahi), Université lituanienne des sciences de la santé, Kaunas, Lituanie; Département d'obstétrique et de gynécologie (Maxwell), Système de santé Sinaï, Institut de recherche de l'Hôpital Women's College, Hôpital Women's College, Toronto, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Julianah Oguntala, [julianah.oguntala@mail.utoronto.ca](mailto:julianah.oguntala@mail.utoronto.ca)

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.