

|  |   |
|--|---|
| <p>Réservé au secrétariat du CARO</p> <p>Date limite 31/03/2012</p>  | <p>Réservé CARO</p>   |
| <p><b>ETUDE DU PERI PARTUM CHEZ LES PARTURIENTES OBESES EN MATERNITE DE NIVEAU 3</b><br/><b>ETUDE PRELIMINAIRE</b></p> <p>Kauffmann S<sup>1</sup>, Bonnin M<sup>1</sup>, Pereira B<sup>2</sup>, Mulliez A<sup>2</sup>, Storme B<sup>1</sup>, Lavergne B<sup>1</sup>, Bazin M<sup>1</sup>, Vernis L<sup>1</sup>, Marin J<sup>1</sup>, Bazin JE<sup>1</sup></p> <p>1. Anesthésie réanimation, Pôle gynéco-obstétrique, Hôpital Estaing<br/>2. Délégation Recherche Clinique et Innovation, IFSI<br/>CHU Clermont-Ferrand, France</p> | <p><b>Introduction :</b> L'obésité est en constante augmentation et concernerait en France 1/7 de la population française (<i>Enquête Obépi 2009</i>) et 17% des parturientes (<i>Enquête Obépi 2006</i>), chez qui elle se définit comme un IMC pré conceptionnel <math>\geq 30\text{kg.m}^{-2}</math> (OMS). L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge anesthésique, obstétrical peri partum des parturientes obèses en maternité de niveau 3 avec comparaison à une population témoin (IMC<math>&lt;30\text{kg.m}^{-2}</math>).</p> <p><b>Matériels et méthodes :</b> Etude observationnelle comparative prospective. Critère de jugement principal : catégorie d'obésité. Critères secondaires anesthésiques, obstétricaux et néonataux. Comparaison au sein de la population obèse fonction du degré d'obésité et de la population obèse versus témoin. Description de la population : effectifs et pourcentages associés pour les variables qualitatives et catégorielles, moyennes <math>\pm</math> écart type et médianes [range] pour les variables quantitatives. Comparaison : test du Chi2 ou exact de Fisher pour les paramètres qualitatifs, ANOVA ou Kriskal-Wallis pour les variables quantitatives.</p> <p><b>Résultats :</b> 36 parturientes obèses (dont 20 avec un IMC<math>\geq 35\text{kg.m}^{-2}</math>) versus 35 témoins. Dans le groupe obèse l'âge moyen était de <math>29 \pm 5</math>ans, l'IMC moyen de <math>36 \pm 5\text{kg.m}^{-2}</math> avec une prise de poids moyenne de <math>8 \pm 7</math>kgs, le taux de césarienne de 39% dont 21% de programmées, le taux de voie basse de 61% avec 59% de déclenchement et 9% d'extraction instrumentale, le score de Mallampati ne se modifie pas significativement entre la consultation d'anesthésie et l'accouchement; chez une patiente (IMC=54<math>\text{kg.m}^{-2}</math>) l'ALR a été impossible et elle a bénéficié d'une PCA-IV, il n'y a eu aucune conversion en AG pour césarienne. Il n'apparaît pas de différence significative dans le groupe obèse entre les patientes ayant un IMC entre 30 et 35 et celles dont l'IMC<math>\geq 35\text{kg.m}^{-2}</math> pour les critères anesthésiques, obstétricaux et néonataux. L'ALR est évaluée significativement plus difficile (difficulté moyenne à importante) par les MAR dans le groupe obèses. Il y a eu 3 accidents de ponction d'APD et 3 reposes dans ce groupe versus aucun dans le groupe témoin. Il existe une tendance aux vues des effectifs à une prise de poids supérieure dans le groupe témoin (p=0.03), un taux de déclenchement (p=0.08) et de conversion en césarienne (p=0.025) supérieur dans le groupe obèse, une hausse du Mallampati supérieure dans le groupe obèse (p=0.07). Il n'existe pas de différence significative entre les groupes concernant les données néonatales (pH, transfert et durée de séjour en néonatalogie et réanimation néonatale).</p> <p><b>Conclusion :</b> L'ALR apparaît plus difficile chez les parturientes obèses et ce quel que soit le degré d'obésité d'où l'intérêt de la pratique de l'échographie (<i>Balki, Anesth Analg 2009</i>). Il existe dans cette population un taux de déclenchement et de césarienne supérieurs exposant à plus de complications post opératoires.</p> |