

<p>Réservé au secrétariat du CARO</p> <p>Date limite 31/03/2012</p>	<p>Réservé CARO</p>
<p>ETUDE DU PERI PARTUM CHEZ LES PARTURIENTES OBESES EN MATERNITE DE NIVEAU 3</p> <p>ETUDE PRELIMINAIRE</p> <p>Kauffmann S¹, Bonnin M¹, Pereira B², Mulliez A², Storme B¹, Lavergne B¹, Bazin M¹, Vernis L¹, Marin J¹, Bazin JE¹</p> <p>1. Anesthésie réanimation, Pôle gynéco-obstétrique, Hôpital Estaing 2. Délégation Recherche Clinique et Innovation, IFSI CHU Clermont-Ferrand, France</p>	<p>Introduction : 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 $\geq 30\text{kg.m}^{-2}$ (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 ($\text{IMC} < 30\text{kg.m}^{-2}$).</p> <p>Matériels et méthodes : 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 \pm 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>Résultats : 36 parturientes obèses (dont 20 avec un $\text{IMC} \geq 35\text{kg.m}^{-2}$) versus 35 témoins. Dans le groupe obèse l'âge moyen était de 29 ± 5ans, l'IMC moyen de $36 \pm 5\text{kg.m}^{-2}$ avec une prise de poids moyenne de 8 ± 7kgs, 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 ($\text{IMC} = 54\text{kg.m}^{-2}$) 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'$\text{IMC} \geq 35\text{kg.m}^{-2}$ 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>Conclusion : 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>