

International Women's day

2017

Journée Internationale de la femme

This year's International Women's Day is entitled "**Women in a changing world of work: for a 50-50 world in 2030**". It is about the celebration of rights, of all women's rights, and hence of the right to health. A day of assessment of the struggles carried out and to be carried out and also a day of actions and mobilizations all over the world. To this end, the Center for the Development of Best Practices in Health provides you with summaries of Cochrane's systematic reviews on the benefits of breastfeeding, prevention of breast cancer, prevention and management of gestational diabetes, prevention and management of hypertension after delivery.

*Cette année le thème de la journée internationale de la femme s'intitule "**les femmes dans un monde du travail en évolution: pour un monde 50-50 en 2030**". Il s'agit de la célébration des droits, de tous les droits des femmes, donc du droit à la santé. Une journée de bilans des luttes menées et à mener et aussi une journée d'actions et de mobilisations partout dans le monde. A cet effet le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé met à votre disposition des résumés de revues systématiques Cochrane sur les bienfaits de l'allaitement maternel, la prévention du cancer du sein, la prévention et la prise en charge du diabète au cours de la grossesse, la prévention et la prise en charge de l'hypertension artérielle après l'accouchement.*

Table des matières

1. Breastfeeding education and support for women with multiple pregnancies	3
2. Interventions aimed at communities for informing and/or educating about early childhood vaccination	4
<i>Interventions à destination des communautés visant à informer et/ou éduquer sur la vaccination dans la petite enfance.....</i>	<i>5</i>
3. Screening for breast cancer with mammography	7
<i>Dépistage du cancer du sein par mammographie.....</i>	<i>7</i>
4. Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting	8
<i>Les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme comparés à d'autres modèles de soins pour les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et au début de la parentalité</i>	<i>10</i>
5. Trials of interventions for pregnant women who are obese to lose weight and improve pregnancy outcomes.....	11
6. Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes	12
7. Prevention and treatment of postpartum hypertension.....	14

1. Breastfeeding education and support for women with multiple pregnancies

What is the issue?

Breastfeeding has many benefits that include protecting the baby against inflammatory diseases of the gut, lungs or ears, and longer term health problems such as diabetes and obesity, improved cognitive outcomes, and protecting the mother against breast cancer. Rates of breastfeeding are lower in women who have given birth to more than one baby than for women who have a single baby. However, there are challenges to overcome in breastfeeding multiples (twins, triplets or more). Education and support have been found to increase the number of women who start breastfeeding and improve the duration of any breastfeeding for single healthy term babies. This education and support may come from lay workers or from health professionals. It could be given in preparation for birth or once the babies arrive.

Mothers who have more than one baby have many additional challenges to overcome to breastfeed their babies and they may need additional advice and support. They have extra demands of frequent suckling, coordinating the potentially differing needs of more than one baby, or the need to express milk and to feed different babies by different feeding methods. The mothers have a greater likelihood of giving birth preterm and their babies being admitted to the neonatal intensive care unit, which can lead to delayed starting or early stopping of breastfeeding.

Why is this important?

Breastfeeding helps babies' health and development. Giving birth to more than one baby poses additional challenges for a mother planning to breastfeed. The mothers are also more likely to have to consider options such as breast milk expression, the use of donor milk or fortification of the milk and different methods of supplementary feeding. Some mothers may prefer feeding expressed breast milk because they can be certain about the volume of milk being fed and as a way of allowing others to assist with feeding. We wanted to find out if education and support helps mothers of multiples to breastfeed.

What evidence did we find?

We searched for randomised controlled trials on 30 June 2016 and 1 July 2016 and found 10 studies (23 reports) to include in our review. All the studies were of education and support for all mothers, not just those giving birth to more than one baby, which introduced methodological

issues for looking specifically at multiple births. Trials recruited 5787 women (this included 512 women interviewed as part of a cluster randomised trial). The number of babies from multiple pregnancies was small and none of the studies had sufficient numbers to provide information about how interventions worked for mothers of multiples. There were several problems with how the studies had been done, including women knowing if they were in the group getting support.

The authors of two of the studies sent us their findings for women with multiple births (42 women in total). The trials compared home nurse visits versus usual care (15 women), and telephone peer counselling versus usual care (27 women). They looked at the number of women stopping any or exclusive breastfeeding before four weeks after giving birth and before six months, without any clear improvements provided by the intervention. All 15 women in one study and 25 out of 27 women in the other had started breastfeeding. There was no information on breast milk expression. Other outcome measures were reported, including a measure of maternal satisfaction in one study of 15 women, but there were not sufficient numbers to allow us to draw any conclusions. No adverse events were reported.

What does this mean?

We could not draw conclusions from the evidence available from randomised controlled trials about whether education and support helps mothers of multiples to breastfeed. None of the studies were designed to offer tailored support or education to women who give birth to more than one baby. More research is needed to find out what types of education and support could help mothers of multiples to breastfeed their babies. Data from these studies should be presented and analysed in an appropriate way for multiple babies.

Citation: Whitford HM, Wallis SK, Dowswell T, West HM, Renfrew MJ. Breastfeeding education and support for women with twins or higher order multiples. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD012003. DOI:10.1002/14651858.CD012003.pub2.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012003.pub2/epdf>

2. Interventions aimed at communities for informing and/or educating about early childhood vaccination

Researchers in The Cochrane Collaboration conducted a review of the effect of informing or educating members of the community about early childhood vaccination. After searching for all relevant studies, they found two studies, published in 2007 and 2009. Their findings are summarised below.

What are interventions aimed at communities for childhood immunisation?

Childhood vaccinations can prevent illness and death, but many children do not get vaccinated. There are a number of reasons for this. One reason may be that families lack knowledge about the diseases that vaccines can prevent, how vaccinations work, or how, where or when to get

their children vaccinated. People may also have concerns (or may be misinformed) about the benefits and harms of different vaccines.

Giving people information or education so that they can make informed decisions about their health is an important part of all health systems. Vaccine information and education aims to increase people's knowledge of and change their attitudes to vaccines and the diseases that these vaccines can prevent. Vaccine information or education is often given face-to-face to individual parents, for instance during home visits or at the clinic. Another Cochrane Review assessed the impact of this sort of information. But this information can also be given to larger groups in the community, for instance at public meetings and women's clubs, through television or radio programmes, or through posters and leaflets. In this review, we have looked at information or education that targeted whole communities rather than individual parents or caregivers.

The review found two studies. The first study took place in India. Here, families, teachers, children and village leaders were encouraged to attend information meetings where they were given information about childhood vaccination and could ask questions. Posters and leaflets were also distributed in the community. The second study was from Pakistan. Here, people who were considered to be trusted in the community were invited to meetings where they discussed the current rates of vaccine coverage in their community and the costs and benefits of childhood vaccination. They were also asked to develop local action plans, to share the information they had been given and continue the discussions with households in their communities.

What happens when members of the community are informed or educated about vaccines?

The studies showed that community-based information or education:

- may improve knowledge of vaccines or vaccine-preventable diseases;
- probably increases the number of children who get vaccinated (both the study in India and the study in Pakistan showed that there is probably an increase in the number of vaccinated children);
- may make little or no difference to the involvement of mothers in decision-making about vaccination;
- may change attitudes in favour of vaccination among parents with young children;

We assessed all of this evidence to be of low or moderate certainty.

The studies did not assess whether this type of information or education led to better knowledge among participants about vaccine service delivery or increased their confidence in the decision made. Nor did the studies assess how much this information and education cost or whether it led to any unintended harms.

[Interventions à destination des communautés visant à informer et/ou éduquer sur la vaccination dans la petite enfance](#)

Des chercheurs de la Collaboration Cochrane ont effectué une revue sur les effets de l'information ou de l'éducation communautaire sur la vaccination dans la petite enfance. Après avoir cherché toutes les études pertinentes, ils ont trouvé deux études, publiées en 2007 et 2009. Leurs résultats sont résumés ci-après.

Qu'est-ce que les interventions à destination des communautés sur la vaccination des enfants ?

Bien que les vaccinations dans l'enfance puissent prévenir maladies et décès, de nombreux enfants ne sont pas vaccinés. Il existe un certain nombre de raisons à cela. L'une des raisons peut être que les familles manquent de connaissances sur les maladies que les vaccins peuvent prévenir ou ne savent pas comment se passent les vaccinations ou comment, où et quand faire vacciner leurs enfants. Les gens peuvent aussi s'interroger (ou être mal informés) sur les bénéfices et les risques de différents vaccins.

Informé ou éduquer les gens afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé est une composante importante de tous les systèmes de santé. L'information et l'éducation sur la vaccination visent à accroître les connaissances des gens et à les faire changer d'attitude à propos des vaccins et des maladies que ces vaccins peuvent prévenir. Ces informations sont souvent données lors d'entretiens personnels avec les parents, par exemple lors de visites à domicile ou au centre médical. Une autre revue Cochrane a évalué l'impact de ce genre d'informations. L'information peut également être donnée à de grands groupes de la population locale, par exemple lors de réunions publiques et dans les clubs de femmes, par le biais d'émissions de télévision ou de radio, d'affiches et de dépliants. Dans cette revue, nous avons examiné l'information ou l'éducation à destination des communautés entières plutôt que des parents ou des soignants.

Nous avons trouvé deux études. La première a été menée en Inde. Des familles, des enseignants, des enfants et des chefs de village ont été invités à assister à des réunions au cours desquelles ils ont reçu des informations à propos de la vaccination des enfants et ont pu poser des questions. Des affiches et des dépliants ont également été distribués dans la communauté. La deuxième étude a été menée au Pakistan. Pour celle-ci, des personnes ayant la confiance de leur communauté ont été invitées à des réunions pour discuter du taux actuel de couverture vaccinale dans celle-ci et des coûts et avantages de la vaccination des enfants. Elles ont également été invitées à élaborer des plans d'action locaux, à partager les informations qu'ils avaient reçues et à poursuivre les discussions avec les familles dans leurs communautés.

Qu'arrive-t-il lorsque les membres de la communauté sont informés ou éduqués sur les vaccins ? Les études ont montré que l'information ou l'éducation communautaire :

- peut améliorer les connaissances sur les vaccins ou les maladies évitables par la vaccination ;*
- augmente probablement le nombre d'enfants vaccinés (l'étude menée en Inde aussi bien que celle menée au Pakistan ont montré une probable augmentation du nombre d'enfants vaccinés) ;*
- ne fait peut-être pas beaucoup ou aucune différence quant à l'implication des mères dans la décision de vaccination ;*
- peut faire évoluer les attitudes en faveur de la vaccination chez les parents de jeunes enfants.*

Nous avons jugé que tous ces éléments de preuve apportaient une certitude faible ou modérée. Les études n'ont pas évalué si ce type d'information ou d'éducation apportait aux participants de meilleures connaissances des services de vaccination ou augmentait leur confiance dans la décision prise. Elles n'ont pas non plus évalué le coût de l'information ou de l'éducation ni ses effets inopinés éventuels.

Citation: Magee L, von Dadelzen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD004351. DOI: 10.1002/14651858.CD004351.pub3.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010232.pub2/epdf>

3. Screening for breast cancer with mammography

Screening with mammography uses X-ray imaging to find breast cancer before a lump can be felt. The goal is to treat cancer earlier, when a cure is more likely. The review includes seven trials that involved 600,000 women in the age range 39 to 74 years who were randomly assigned to receive screening mammograms or not. The studies which provided the most reliable information showed that screening did not reduce breast cancer mortality. Studies that were potentially more biased (less carefully done) found that screening reduced breast cancer mortality. However, screening will result in some women getting a cancer diagnosis even though their cancer would not have led to death or sickness. Currently, it is not possible to tell which women these are, and they are therefore likely to have breasts or lumps removed and to receive radiotherapy unnecessarily. If we assume that screening reduces breast cancer mortality by 15% after 13 years of follow-up and that overdiagnosis and overtreatment is at 30%, it means that for every 2000 women invited for screening throughout 10 years, one will avoid dying of breast cancer and 10 healthy women, who would not have been diagnosed if there had not been screening, will be treated unnecessarily. Furthermore, more than 200 women will experience important psychological distress including anxiety and uncertainty for years because of false positive findings.

Women invited to screening should be fully informed of both the benefits and harms. To help ensure that the requirements for informed choice for women contemplating whether or not to attend a screening programme can be met, we have written an evidence-based leaflet for lay people that is available in several languages on www.cochrane.dk. Because of substantial advances in treatment and greater breast cancer awareness since the trials were carried out, it is likely that the absolute effect of screening today is smaller than in the trials. Recent observational studies show more overdiagnosis than in the trials and very little or no reduction in the incidence of advanced cancers with screening.

Dépistage du cancer du sein par mammographie

Le dépistage par mammographie utilise la radiographie pour détecter un cancer du sein avant qu'une grosseur ne soit palpable. L'objectif est de traiter le cancer de manière plus précoce afin d'accroître les chances de guérison. Cette revue inclut sept essais portant sur 600 000 femmes âgées de 39 à 74 ans randomisées pour des mammographies de dépistage ou une absence de mammographie. Les études rapportant les informations les plus fiables montraient que le dépistage ne réduisait pas la mortalité par cancer du sein. Les études qui étaient potentiellement

les plus biaisées (les moins rigoureuses) indiquaient que le dépistage réduisait la mortalité par cancer du sein. Néanmoins, suite au dépistage, certaines femmes se voient diagnostiquer un cancer qui n'aurait pas entraîné de maladie ou de décès. À l'heure actuelle, il est impossible d'identifier les femmes concernées, qui risquent donc de subir une ablation du sein ou de la grosseur et de recevoir une radiothérapie inutilement. Si l'on considère que le dépistage réduit la mortalité par cancer du sein de 15 % au bout de 13 ans de suivi et que le surdiagnostic et le surtraitement s'élèvent à 30 %, cela signifie que, pour 2 000 femmes invitées à participer à un dépistage au cours d'une période de 10 ans, un décès par cancer du sein sera évité et 10 femmes en bonne santé qui n'auraient pas été diagnostiquées si elles n'avaient pas participé au dépistage seront traitées inutilement. En outre, plus de 200 femmes se trouveront dans une situation de détresse psychologique, d'anxiété et d'incertitude importantes pendant des années en raison de résultats faussement positifs.

Les femmes invitées à participer à un dépistage devraient être pleinement informées des effets bénéfiques et délétères. Pour garantir le respect du choix éclairé des femmes envisageant de participer à un programme de dépistage, nous avons rédigé une brochure factuelle destinée au grand public et disponible dans sept langues à l'adresse www.cochrane.dk. En raison des importants progrès réalisés en matière de traitement et d'une plus grande sensibilisation au cancer du sein depuis la réalisation de ces essais, il est probable que l'effet absolu du dépistage soit aujourd'hui plus limité. De récentes études observationnelles suggèrent que le dépistage entraîne davantage de surdiagnostics que dans ces essais et une réduction limitée ou inexistante de l'incidence des cancers avancés.

Citation: Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/epdf>

4. Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting

What is the issue?

There are several ways to look after the health and well-being of women and babies during pregnancy, birth and afterwards – these ways are called 'models of care'. Sometimes, an obstetrician or another doctor is the lead healthcare professional and at other times it is a midwife. Sometimes, the responsibility is shared between obstetricians and midwives. One of the models is called 'the midwife-led continuity model'. This is where the midwife is the lead professional starting from the initial booking appointment, up to and including the early days of parenting. We

wanted to find out if women and babies do better with this midwife-led continuity model, compared with other models.

Why is this important?

Midwife-led continuity models provide care from the same midwife or team of midwives during the pregnancy, birth and the early parenting period, and many women value this. These midwives also involve other care-providers if they are needed. Obstetrician-led or family doctor-led models are not usually able to provide the same midwife/wives throughout. We need to know if the midwife-led continuity model is safe, and if it brings benefits to mothers and babies.

What evidence did we find?

We identified 15 studies involving 17,674 mothers and babies (search date 25 January 2016). We included women at low risk of complications as well as women at increased risk, but not currently experiencing problems. All the trials involved professionally-qualified midwives and no trial included models of care that offered home birth. We used reliable methods to assess the quality of the evidence and looked at seven key outcomes: preterm birth (birth before 37 weeks of pregnancy); the risk of losing the baby in pregnancy or in the first month after birth; spontaneous vaginal birth (when labour was not induced and birth not assisted by forceps; caesarean birth; instrumental vaginal birth (births using forceps or ventouse); whether the perineum remained intact, and use of regional analgesia (such as epidural).

The main benefits were that women who received midwife-led continuity of care were less likely to have an epidural. In addition, fewer women had episiotomies or instrumental births. Women's chances of a spontaneous vaginal birth were also increased and there was no difference in the number of caesarean births. Women were less likely to experience preterm birth, and they were also at a lower risk of losing their babies. In addition, women were more likely to be cared for in labour by midwives they already knew. The review identified no adverse effects compared with other models.

The trials contributed enough high quality evidence for each key outcome to give us reliable results for each one. We can be reasonably confident that future trials would find similar results for these outcomes.

What does this mean?

Most women should be offered 'midwife-led continuity of care'. It provides benefits for women and babies and we have identified no adverse effects. However, we cannot assume the same applies to women with existing serious pregnancy or health complications, because these women were not included in the evidence assessed.

Les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme comparés à d'autres modèles de soins pour les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et au début de la parentalité

Quelle est la question ?

Il existe plusieurs méthodes permettant d'assurer la santé et le bien-être des femmes et de leurs bébés pendant la grossesse, l'accouchement et par la suite. Ces méthodes sont appelées "modèles de soins". Parfois, c'est un obstétricien ou un autre médecin qui endosse la responsabilité de principal professionnel de la santé, mais dans d'autres cas il s'agit d'une sage-femme. Il arrive que la responsabilité soit partagée entre la sage-femme et l'obstétricien. L'un de ces modèles est appelé "modèle de soins continus dispensés par une sage-femme". Dans le cadre de ce dernier, c'est la sage-femme qui endosse la responsabilité de principal professionnel de la santé à partir de la prise de rendez-vous initiale jusqu'aux premiers jours de la parentalité. Notre objectif était de découvrir si les femmes et leurs bébés évoluent mieux avec ce modèle de soins continus dispensés par une sage-femme par rapport à d'autres modèles.

Pourquoi est-ce important ?

Avec les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme, les soins sont dispensés par la même sage-femme ou la même équipe de sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et au début de la parentalité. Cet aspect est important pour de nombreuses femmes. Les sages-femmes peuvent également faire intervenir d'autres prestataires de soins si nécessaire. Les modèles dispensés par un obstétricien ou un médecin de famille ne permettent généralement pas de faire intervenir la ou les mêmes sages-femmes tout au long du suivi. Nous avons besoin de savoir si le modèle de soins continus dispensés par une sage-femme est sans danger et avantageux pour les mères et leurs bébés.

Les preuves observées :

Nous avons identifié 15 études portant sur 17 674 mères et leurs bébés (date de la recherche : 25 janvier 2016). Nous avons inclus des femmes présentant un faible risque de complications, ainsi que des femmes présentant un risque accru mais ne souffrant actuellement d'aucun problème. Tous les essais impliquaient des sages-femmes dûment qualifiées et aucun n'impliquait des modèles de soins proposant l'accouchement à domicile. Nous avons utilisé des méthodes fiables pour évaluer la qualité des preuves et nous avons examiné sept principaux critères de jugement : la prématurité (naissance avant 37 semaines de grossesse) ; le risque de perte du bébé pendant la grossesse ou au cours du premier mois après la naissance ; l'accouchement spontané par voie basse (lorsque le travail n'a pas été déclenché et que l'accouchement n'a pas été assisté par forceps) ; la césarienne ; l'accouchement instrumental par

voie basse (assisté par forceps ou par ventouse) ; le périnée resté intact ou non, et le recours à l'analgésie régionale (comme la péridurale).

Les principaux avantages sont que les femmes ayant reçu des soins continus dispensés par une sage-femme ont été moins susceptibles d'avoir recours à une péridurale. En outre, moins de femmes ont subi une épisiotomie ou un accouchement instrumenté. Les chances de réussite de l'accouchement spontané par voie basse ont également augmenté, et aucune différence n'a été relevée en termes de nombre de naissances par césarienne. Les femmes étaient moins sujettes à l'accouchement prématuré et le risque de perdre le bébé était plus faible. En outre, les femmes étaient plus susceptibles d'être prise en charge pendant le travail par des sages-femmes qu'elles connaissaient déjà. La revue n'a identifié aucun effet indésirable par rapport aux autres modèles.

Les essais ont fourni suffisamment de preuves de qualité élevée pour nous apporter des résultats fiables pour chaque principal critère de jugement. Nous pouvons raisonnablement croire que de futurs essais aboutiraient à des résultats similaires pour ces critères de jugement.

Qu'est-ce que cela signifie ?

La plupart des femmes devraient pouvoir bénéficier des soins continus dispensés par une sage-femme. Ce modèle présente des avantages pour les femmes et leurs bébés, et nous n'avons identifié aucun effet indésirable. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer qu'il en va de même pour les femmes souffrant de graves complications de grossesse ou de santé, car elles n'ont pas été prises en compte dans les preuves évaluées.

Citation: Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf>

5. Trials of interventions for pregnant women who are obese to lose weight and improve pregnancy outcomes.

Pregnant women who are obese risk serious complications for themselves and their children. The mother is more likely to develop diabetes or high blood pressure or pre-eclampsia during pregnancy, and the pregnancy may end in a miscarriage or stillbirth. The baby could have serious anomalies at birth, including spina bifida, cardiovascular anomalies, cleft lip and palate, or limb reduction anomalies. Some obese women have premature births. At birth, the labour may be longer and other complications can lead to a caesarean birth. The baby may also be bigger at birth than is normal, and there is evidence that the children of obese mothers go on to be obese. The advice for obese women in managing their weight during pregnancy is that weight loss should be avoided, and weight gain should be between 5.0 and 9.1 kg. Yet observational studies of large numbers of pregnant women indicate that some obese women, especially those who are heavier, lose weight during pregnancy. We do not have any clear results that indicate that losing weight

when pregnant is safe for a mother who is obese, or for her baby. This Cochrane review aimed to evaluate trials that were designed for obese pregnant women to lose weight. No randomised controlled trials were found. We recommend that further research is conducted to evaluate the safety of interventions for weight loss when a woman is pregnant and obese for the mother and her baby.

Essais consistant en des interventions dont l'objectif est de faire perdre du poids et d'améliorer les résultats de la grossesse de femmes enceintes obèses

Les femmes enceintes qui sont obèses peuvent être exposées, comme leurs enfants, à des risques de complications graves. La mère a plus de chances de développer du diabète ou une hypertension ou une pré-éclampsie pendant sa grossesse susceptible de provoquer une fausse couche ou une mortinatalité. Le bébé peut présenter de graves anomalies à la naissance, notamment le spina bifida, des anomalies cardiovasculaires, une fente labio-palatine ou des anomalies de réduction des membres. Certaines femmes obèses donnent naissance à des bébés prématurés. Pendant l'accouchement, le travail peut être plus long et d'autres complications peuvent donner lieu à un accouchement par césarienne. À sa naissance, le bébé peut également être plus gros que la normale et des preuves indiquent que les enfants de mères obèses deviennent obèses. Les conseils donnés aux femmes obèses pour gérer leur poids pendant leur grossesse sont d'éviter toute perte de poids, mais de grossir de 5 à 9,1 kg. Cependant, des études observationnelles concernant un grand nombre de femmes enceintes indiquent que certaines femmes obèses, surtout celles les plus lourdes, perdent du poids pendant leur grossesse. Nous ne disposons pas de résultats clairs indiquant que la perte de poids pendant la grossesse est sans danger pour une mère obèse ou son bébé. L'objectif de la présente revue Cochrane était d'évaluer des essais destinés à faire perdre du poids à des femmes enceintes obèses. Aucun essai contrôlé randomisé n'a été trouvé. Nous recommandons la réalisation de recherches supplémentaires afin d'évaluer la sécurité pour la mère et son bébé des interventions consistant à faire perdre du poids à une femme est enceinte et obèse.

Citation: Furber CM, McGowan L, Bower P, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD009334. DOI: 10.1002/14651858.CD009334.pub2.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009334.pub2/epdf>

6. Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes

Gestational diabetes mellitus (GDM) is a condition in which high blood sugar (hyperglycaemia) occurs, or is first recognised, during pregnancy. GDM is associated with complications for the mother and her baby both during and after pregnancy. Women with GDM are at an increased risk

of developing pre-eclampsia (high blood pressure and protein in the urine during pregnancy), having a caesarean birth, and developing type 2 diabetes in the future. Babies of women with GDM are at an increased risk of macrosomia (birthweight greater than 4000 g), birth trauma because of their size, respiratory distress syndrome, and other health complications. They are also at risk of future obesity and type 2 diabetes. GDM typically resolves after birth, but women with GDM are at risk of developing GDM again in future pregnancies. It is possible that women may benefit from interventions such as education, dietary and lifestyle advice, or drug treatment in the interconception period (the time between the end of one pregnancy and the beginning of the next one), to improve their health outcomes in future pregnancies.

This review found that there is not yet enough evidence to determine whether interconception (between pregnancy) care for women with a history of GDM can help to improve the health of mothers and their babies. We identified only one trial that is currently ongoing. More high-quality studies are needed, and these studies should evaluate different forms of care for these women, and should assess both short-term and long-term health outcomes for women and their babies.

Soins d'interconception pour les femmes ayant des antécédents de diabète gestationnel pour améliorer les critères d'évaluation pour la mère et le nourrisson

Le diabète sucré gestationnel (DSG) est une maladie au cours de laquelle un taux élevé de sucre (hyperglycémie) apparaît ou est établi pour la première fois pendant la grossesse. Le DSG est associé à des complications pour la mère et son bébé à la fois pendant et après la grossesse. Les femmes souffrant de DSG présentent un risque accru de développer une pré-éclampsie (hypertension artérielle et présence de protéines dans l'urine pendant la grossesse), de subir un accouchement par césarienne et de développer un diabète de type 2 dans le futur. Les bébés nés de femmes atteintes de DSG ont un risque accru de macrosomie (poids de naissance supérieur à 4 000 g), de traumatisme à la naissance en raison de leur taille, de syndrome de détresse respiratoire et d'autres complications. Ils présentent également un risque d'obésité et de diabète de type 2 dans le futur. Le DSG disparaît généralement après l'accouchement, mais les femmes atteintes de DSG ont un risque de nouveau développement d'un DSG lors des grossesses suivantes. Il est possible que les femmes puissent tirer un bénéfice d'interventions telles que l'éducation, les conseils relatifs à l'alimentation et au mode de vie ou le traitement médicamenteux pendant la période d'interconception (le temps entre la fin d'une grossesse et le début de la suivante) pour améliorer leur santé lors des grossesses ultérieures.

Cette revue a découvert qu'il n'existait pas encore suffisamment de preuves pour déterminer si les soins d'interconception (entre les grossesses) pour les femmes ayant des antécédents de DSG pouvaient améliorer la santé des mères et de leurs bébés. Nous n'avons identifié qu'un seul essai qui est actuellement en cours. D'autres études de grande qualité sont nécessaires et ces

études doivent évaluer différentes formes de soins pour ces femmes et évaluer à la fois les critères de santé à court et à long terme pour les femmes et leurs bébés.

Citation: Tieu J, Bain E, Middleton P, Crowther CA. Interconception care for women with a history of gestational diabetes for improving maternal and infant outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD010211. DOI:10.1002/14651858.CD010211.pub2.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010211.pub2/epdf>

7. Prevention and treatment of postpartum hypertension

Not enough evidence to know how best to treat women with hypertension after birth.

After birth, it is not uncommon for women to experience high blood pressure (hypertension), but it can have serious consequences. It can lead to stroke and, very rarely, death. It is unclear what causes hypertension after childbirth, or which women may develop the problem, although women with antenatal severe pre-eclampsia appear to be at highest risk. The review of nine trials found no reliable evidence to guide care for these women. Further research is needed, particularly as the problem occurs most commonly three to six days after birth when most women have left hospital.

Prévention et traitement de l'hypertension du post-partum

Les preuves sont insuffisantes pour connaître la meilleure façon de traiter les femmes souffrant d'hypertension après un accouchement.

Après un accouchement, il n'est pas rare que les femmes présentent une pression artérielle élevée (hypertension), dont les conséquences peuvent être graves. Elle peut conduire à un AVC et, très rarement, au décès. Les causes de l'hypertension après un accouchement ou les femmes susceptibles de présenter ce problème ne sont pas clairement établies, bien que le risque semble plus élevé chez les femmes ayant eu une pré-éclampsie prénatale sévère. La revue des neuf essais n'a trouvé aucun élément probant fiable pour orienter les soins à prodiguer à ces femmes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires, en particulier dans la mesure où le problème survient le plus souvent trois à six jours après la naissance alors que la plupart des femmes ont quitté l'hôpital.

Citation: Magee L, von Dadelszen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD004351. DOI: 10.1002/14651858.CD004351.pub3.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004351.pub3/epdf>

CDBPH CONTACTS :

Tél. +237 242 081 919

Email: camer.cdbpsh@gmail.com

Site web: www.cdbph.org

Observatoire du Médicament (OdM) au Cameroun : www.newsinhealth.org

Cameroun, Yaoundé Avenue Henry Dunant – Messa