

Diabète et Grossesse

DIU de Gynécologie Obstétrique, Janvier 2005

- Diabète antérieur à la grossesse :
 - Type 1
 - Type 2
- Diabète gestationnel

Diabète antérieur à la grossesse

- Grossesses à risques multiples :
 - f des malformations graves ↑ hyperglycémie en début de grossesse
 - ⇒ Nécessité programmation métabolique stricte de la grossesse
 - ⇒ Corrélation entre complications périnatales et glycémie maternelle

Diabète de type 1 et grossesse

- Prévalence diabète type 1 au cours de la grossesse est 0.5%
- Les risques pour la mère :
 - Complications métaboliques (hypoglycémie, acidocétose)
 - Aggravation des complications dégénératives (néphropathie, rétinopathie, HTA, neuropathie)
 - Aggravation des complications obstétricales (prééclampsie sévère)
 - ⇒ Risques ↑ par présence de complications dégénératives et ↓ par une prise en charge adaptée

Diabète de type 1 et grossesse

- Risque tératogène :
 - Absence bon contrôle métabolique, f malformations sévères est multipliée par 2 et 3
 - ⇒ responsables de la moitié de la mortalité périnatale
 - Pathogénie multifactorielle :
 - Lié à l'hyperglycémie : MAXIMAL de la conception à la 4ème semaine de la vie embryonnaire (struct sac vitellin, transfert nutriments)
 - Corps cétoniques : tératogène
 - Hypoglycémie : anomalie du tube neural

Diabète de type 1 et grossesse

- Malformations :
 - Cardiopathies : TGV, CIA, CIV, Coarctation de l'aorte, tétralogie de Fallot
 - SNC : anencéphalie, hydrocéphalie, spina bifida, holoproencéphalie
 - Urinaires : dysplasies rénales
 - Squelettiques : syndrome de régression caudale (agénésie ano-rectale, spinale, sacrée et hypoplasie du pelvis).

Diabète de type 1 et grossesse

- Les complications fœtales : MIU, macrosomie, immaturité pulmonaire
- ⇒ s'observent dans tous les types de diabète
- ⇒ corrélation survenue de ces complications et hyperglycémie maternelle
 - prématurité spontanée ↑ : hydramnios, prématurité induite ↑ : prééclampsie, aggravation complications dégénératives...
- ⇒ hypoglycémies, hypocalcémie, polyglobulie, ictère, détresse respiratoire

Diabète de type 1 et grossesse

- macrosomie : complice 20 à 50 % des grossesses diabétiques
- ⇒ Caractère : partie supérieure du corps : BIP, biacromial, FAC
- ⇒ conséquences obstétricales (dystocie des épaules, paralysie du plexus brachial)
 - ⇒ ↑ taux de césarienne.

Diabète de type 1 et grossesse

- Prise en charge : PROGRAMMATION de la grossesse =
 - bilan complications dégénératives
 - objectifs glycémiques, HbA1c 6,5 %
 - intensification insulinothérapie
 - supplémentation en acide folique
 - Informations sur les risques associés à la grossesse
 - Intensification de l'insulinothérapie et objectifs glycémiques
- ⇒ Principes essentiels de cette stratégie

Diabète de type 1 et grossesse

- Bilan lésionnel des complications dégénératives :
 - rétinopathie proliférative, si traitée avant la grossesse et bien surveillée, n'est plus une cid à la grossesse
 - HTA doit être traitée
 - atteinte rénale aggrave le pronostic materno-foetal

Diabète de type 1 et grossesse

- Surveillance pendant la grossesse : (JDF) et en l'absence de complications et équilibre glycémique OK, prise en charge multidisciplinaire
 - CPN tous les mois (28SA) : TA, BU, poids, HU, BDC, TV, échographie, HbA1c, fructosamine + cs diabétologique, complications dégénératives FO tous les trimestres.
 - HDJ tous les 15 jours (35 SA) puis 1X/sem (38 SA) : TA, BU, HU, TV(1X/mois), BVR, monitoring, échographie + équilibre diabète

Diabète de type 1 et grossesse

- Accouchement : programmé entre 38 et 39 SA si RAS.
 - voie d'accouchement : ATCD obsté, macrosomie, perméabilité du bassin, présentation, conditions locales.
 - encadré par un protocole glycémique : pompe insuline / glucosé

Diabète de type 1 et grossesse

- Après l'accouchement :
- doses insulines réduites
 - allaitement : hypoglycémies, adaptation insuline
 - contraception adaptée : microprogestatifs, DIU

Diabète de type 1 et grossesse

- A retenir :
 - Suivi obstétrical et diabétologique CPN / HDJ
 - Hospitalisation si :
 - MAP
 - RPM
 - Déséquilibre du diabète
 - RCIU / prééclampsie
 - Accouchement :
 - Environnement adapté
 - Protocole insulinothérapie
 - Voie d'accouchement

Pas de standardisation : adaptée au cas par cas

Diabète de type 1 et grossesse

- CONCLUSION :
Amélioration du pronostic de la grossesse lors diabète =
programmation périconceptionnelle,
collaboration multidisciplinaire, prise en charge adaptée des grossesses

Diabète de type 2 et grossesse

- Particularités :
 - quelques fois méconnu
 - prévalence en augmentation
 - réputation bénigne usurpée
 - négligence = grossesse non programmée
 - facteurs surajoutés : obésité, HTA, élévation de l'âge maternel ⇒ complications materno-foetales
 - arrêt hypoglycémiant, éducation, objectifs; au besoin insulinothérapie
 - surveillance obstétrico-diabétologiques idem

Diabète gestationnel

- Diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse
- Consensus non fait sur les modalités de dépistages, critères diagnostiques et thérapeutiques.
- Plusieurs problèmes persistent :
 - Dépistage systématique ou orienté sur FDR
 - Quel test utilisé
 - Quels seuils retenir
 - Prévenir macrosomie
 - Modalités d'accouchement

Diabète gestationnel

- Dépistage au premier trimestre de la grossesse sur FDR : diabète type 2 méconnu =
 - FDR
 - ATCD familiaux diabète au 1er degré
 - Age > 35 ans
 - Surpoids, BMI > 25
 - ATCD personnels hyperG sous pilule
 - ATCD obstétricaux : DG, MIU inexpliquée, macrosomie, malformations

Diabète gestationnel

- Dépistage 1er trimestre lors FDR :
 - Glycémie à jeun > 1.05g/l
 - Mise en route autosurveillance
 - Si ≤ 1.05g/l : proposer dépistage diabète gestationnel entre 24 et 28 SA.
- Concerne 1 à 3% des femmes : intolérance au glucose induite par la grossesse, FDR diabète à long terme

Diabète gestationnel

- Manifestation 2ème partie de la grossesse :
 - ↑ Besoins énergétiques fœtus et insulino-résistance.
 - Dépistage : systématique entre 24 et 28 SA
 - Quels tests? Pas de consensus, attente résultats étude HAPO.
 - méthode en deux temps : Test de O'Sullivan
- G 1.3g/l(7.2mmol/l) 1 heure après ingestion 50g glucose, Se 90%, 20 à 25% HGPO
- G 1.4 (7.8 mmmol/l), Se 80%, 14 à 18% HGPO
- G ≥2g/l (11.1mmol/l) ⇒ Diabète gestationnel

Diabète gestationnel

- HGPO 100g glucose, patho si deux valeurs atteignent ou dépassent
- A jeun = 0.95(5.3 mmol/l)
- A 1 heure = 1.80
- A 2 heures = 1.55
- A 3 heures = 1.4
- Méthode en un temps : charge de 75g de glucose G à jeun = 1.05 et 1.6 à 2 heures.

Diabète gestationnel

- Prise en charge dès le diagnostic
 - Objectif : normoglycémie : améliorer pronostic; insulinothérapie précoce lors suspicion de macrosomie écho entre 29 et 33 SA = ↓ f d'un Poids de naissance > 90ème percentile de 45 à 13%.
- Régime entre 1800 et 2000Kcal/24 heures avec 180 g d'hydrate de carbone, répartis en trois repas et trois collations
- Contrôle des glycémies : à jeun < 0.95 et post prandial (2heures) < 1.2

Diabète gestationnel

- Insulinothérapie si équilibre imparfait
- Surveillance en HDJ si équilibre difficile sous insulinothérapie; reste suivi grossesse identique.
- Post- partum : insulinothérapie arrêtée; contrôle à trois mois post partum : dépistage diabète type 2, glycémie capillaire et résultat glycémie à jeun.