

# Diabète et grossesse

## Introduction

- Tout état d'intolérance au glucide, de sévérité variable, découvert au cours de la grossesse.
- C'est une grossesse à haut risque materno-fœtal, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.
- Affectation fréquente, complique 2-5% des grossesses
- Augmentation de la prévalence avec l'âge
- Découvert à l'occasion d'un dépistage systématique ou devant l'existence d'un facteur de risque

## Définition

- **Diabète gestationnel** : est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable, survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement. Hyperglycémie > 0.92 g/l vers 24-28 SA
- **Diabète pré-gestationnel** : la femme sait qu'elle souffre de diabète de type 1 ou de type 2 avant la grossesse. Hyperglycémie à jeun > 1.26 g/l (7 mmol/l), glycémie postprandiale > 2 g/l (11.1 mmol/l)

## Facteurs de risque

- **Âge** : > 35 ans
- **IMC maternel avant la grossesse** : seuil entre 25-30 kg/m<sup>2</sup>
- Antécédents familiaux de diabète de type 2
- Antécédents personnels de diabète gestationnel, de mort fœtale *in utero* ou de macrosomie, malformation.
- HTA gravidique.
- **Signes d'appel au cours de la grossesse** : prise de poids excessive, macrosomie, hydramnios

## Physiopathologie

- **1<sup>er</sup> trimestre** : hyperinsulinisme dû aux œstrogènes et progestérones → hypoglycémie nocturne avec cétose au réveil → phase d'anabolisme fœtale.
- **2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre** : insulino-résistance due à l'Hormone Chorionique Somato-mammotrophique (HCS) → phase de catabolisme. Contrairement au sucre, l'insuline ne traverse pas le placenta, une hyperglycémie maternelle entrainera une hyperglycémie fœtale donc un hyperinsulinisme fœtal

## Influence du diabète sur la grossesse

- **Maternelles** : augmente le risque d'infection urinaire, augmente le risque d'HTA et de pré-éclampsie, augmentation de risque de césarienne, déchirure périnéale, travail long, expose au risque d'hémorragie de la délivrance et atonie utérine.
- **Fœtales** : malformations, macrosomie, dystocie des épaules (plexus brachiales), disproportion fœto-pelvienne, hydramnios, Mort *In Utero*, accouchement prématuré, avortement spontané, détresse respiratoire, troubles métaboliques néonataux (hypoglycémies néonatales, hyper-bilirubinémie, hypocalcémie, polyglobulie)

## Influence de la grossesse sur le diabète

- Augmente, théoriquement, le risque de survenue, voire d'apparition d'une rétinopathie.
- La grossesse ne semble pas par contre accélérer à long terme l'évolution de la néphropathie diabétique.
- Par contre, une coronaropathie fera contre-indiquer la grossesse

## Prise En Charge

- **PEC d'un diabète pré-gestationnel :**
  - **PEC pré-conceptionnelle :**
    - **Contraception efficace :** micro-progestatifs et méthodes barrière.
    - **Bilan :** fond d'œil, ECG, créatininémie, albuminurie, ECBU, recherche d'un foyer infectieux, sérologie
    - **Equilibre glycémique :** les Anti-Diabétiques Oraux sont contre-indiqués → passage à l'insulinothérapie
    - **Régime alimentaire :** 1600-2200 Kcal/j (50% glucides, 35% lipides, 15% protides)
    - $Hb_{A1c} < 7\%$  pour autoriser une grossesse
      - ✓ **Contre-Indications à la grossesse :**
        - ❖ **Absolues :** rétinopathie évolutive très importante, néphropathie avec insuffisance rénale, coronaropathie
        - ❖ **Temporaires :** absence d'un bilan pré-gestationnel, mauvais équilibre de diabète, mauvaise coopération.
  - **PEC per-gravidique :**
    - **Diabétologique :** bimensuelle et auto-surveillance
    - **Obstétricale :** mensuelle sauf si complications → bimensuelle, PEC de l'accouchement, PEC du nouveau-né, allaitement, contraception
- **PEC d'un diabète gestationnel :**
  - **Diabétologique :** bimensuelle et auto-surveillance, régime diététique, insulinothérapie
  - **Obstétricale et de l'accouchement :** PEC de nouveau-né, allaitement, arrêter l'insuline et surveillance de la glycémie, contraception, surveillance à long terme (Hyper-Glycémie Provoquée par voie Orale (HGPO) 3-6 mois puis annuelle pendant 2 ans), mesures préventives en cas de nouvelle grossesse
  - La prise en charge sera multidisciplinaire +++
  - L'auto-surveillance des mouvements fœtaux est un bon appoint à la surveillance. Le dépistage d'une souffrance fœtale doit conduire à une extraction fœtale dans les plus brefs délais.
  - La décision de la voie d'accouchement dépend de considérations purement obstétricales

## Conclusion

- L'obtention d'un strict contrôle métabolique depuis la période pré-conceptionnelle jusqu'à l'accouchement
- Une surveillance rigoureuse et pluridisciplinaire dans un centre spécialisé permet de réduire le risque vasculaire

