

# DIABETE ET GROSSESSE

PRESENTE PAR DR BICHA

## DEFINITION

- Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable
- Débutant ou diagnostiqué au cours de la grossesse quel que soit le traitement instauré et l'évolution ultérieure en post partum.
- La maladie diabétique peut se présenter de deux manières:
- Une femme diabétique qui développe une grossesse
- Une femme enceinte peut développer un diabète
- Dans les deux cas :GHR(PEC conjointe obstetricien\_endocrinologue)

## DIFFERENTS TYPES DE DIABETE

- DIABETE TYPE1:insulinodépendant ,chez l'enfant,adulte jeune
- DIABETE TYPE2;non insulinodépendant ,âge adulte
- DIABETE GESTATIONNEL:3-6% des femmes enceintes
- Il faut différencier ces types de diabète car si l'approche thérapeutique est voisine les risques pour le fœtus ne sont qu'en partie semblable

## EPIDEMIOLOGIE \_FACTEURS DE RISQUE

- Augmentation considérable chez la femme en âge de procréer:15% des DG sont des diabétiques type 2 méconnues
- Les facteurs de risque:
- Antécédent familial de diabète
- Obésité IMCsupérieur 25kg/M2
- Antécédents obstétricaux de preeclampsie ou de DG
- Antécédents de mort in utero,de macrosomie,de malformations fœtales
- En effet ils sont absents chez 30 \_40%des femmes ayant un DG

## PHYSIOPATHOLOGIE

- ❖ La grossesse est un état d'insulinorésistance majeure

- ❖ Hyperinsulinisme
- ❖ Augmentation dans le sang maternel d'hormones hyperglycémiantes (HPL, GH, progesterone, CRH)
- ❖ Augmentation des apports caloriques et diminution de l'activité physique

## **DIABETE INSULINODEPENDANT ET GROSSESSE**

- La définition et les signes cliniques sont classiques
- Le taux de glycémie à jeun 1,26 g /l

## **RISQUE DE LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME DIABETIQUE**

- **RISQUES MATERNELS:** complications dégénératives ,retinopathie,néphropathie,coronaropathie.
- **Complications de la grossesse:** infection urinaire,hydramnios,MAP,HTA.
- **COMPLICATIONS FŒTALES:** les avortements spontanés, les malformations foetales,(transposition des gros vaisseaux, défaut de fermeture du septum interventriculaire et interauriculaire,hypoplasie du ventricule gauche,anencéphalie,microcephalie,myelomeningocele,spinabifida,agenésie renale,polykystose renale,fistule tracheo\_oesophagienne,atresie du grele,imperforation anale) ,macrosomie(90<sup>ème</sup> percentile,hypertrophie du panicule aipeux ,dystocie des epaules),hypotrophie foetale,prematurite,MIU,complications neonatales metaboliques,hematologiques,pulmonaire
- **COMPLICATIONS A LONG TERME:**risque d'obesite,risque de diabete,troubles du développement psychomoteur

## **PARTICULARITES DU DIABETE NON INSULINODEPENDANT ET GROSSESSE**

- ✓ IL s'agit souvent des femmes plus âgées ,multipares, obeses.
- ✓ Complications dégénératives, les complications maternelles et foetales sont identiques
- ✓ La difficulté consiste en une PEC préconceptionnelle puisque il faudra arrêter les ADO

## **DIABETE GESTATIONNEL**

- Intolérance aux hydrates de carbone diagnostique au cours de la grossesse
- Il peut s'agir soit d'un diabète déclenché par la grossesse (24\_28SA) seule l'évolution post gravidique dira si ce diabète est transitoire ou permanent
- Soit un diabète type II méconnu préexistant à la gsse, un diabète découvert au cours du premier trimestre est un diabète non insulinodépendant antérieur .

## **COMPLICATIONS MATERNELLES**

- ✓ IMMEDIATES:HTA
- ✓ A distance:50% des femmes deviendront diabétique dans les 10ans

## **COMPLICATIONS FŒTALES**

- La macrosomie est présente dans 20%des cas
- MIU
- Le risque de malformations congénitales n'est pas augmenté parce que le trouble métabolique apparaît après l'organogénèse

## **DEPISTAGE DE DIABETE GESTATIONNEL**

- Le dépistage doit être réalisé entre 24\_28SA.chez les femmes ayant un des facteurs de risque ou ayant présente un DG lors d'une précédente grossesse ,il doit être pratiqué dès la première consultation puis s'il est négatif ,renouvelé à 24\_28SA voire 32SA
- Il est recommandé, en présence de facteurs de risque de demander:
- Une glycémie à jeun au 1<sup>er</sup> trimestre avec un seuil fixe à 0,92g/l
- Une HGPO avec 75g de glucose entre24\_28SA avec 3 valeurs dont une seule pathologique permet de retenir le DGC de diabète gestationnel sup OU=0,92g/l T1hsup ou =1,80g/l T2h sup ou=1,53g/l
- Le dépistage et le DGC de DG ne doivent pas reposer sur la recherche d'une glycosurie ni sur l'hémoglobine glyquée

## **MODALITES DE PEC**

- PRISE EN CHARGE DIABETOLOGIQUE: doit associer

- Une auto surveillance glycémique quotidienne le matin à jeun et 2h après le début de chacun des trois repas
- La mesures des glycémies veineuses à jeun et 2h après le repas éventuellement pour prendre la décision d'une adaptation thérapeutique
- La recherche pluriquotidienne d'une cétonurie
- Des consultations fréquentes tous les 15 jours
- Les objectifs glycémiques sont une glycémie à jeun inf à 0,95 g/l et une glycémie 2h après en dessous de 1,20g/l
- Prescription diététique
- Insulinothérapie:d'emblee si la glycémie à jeun sup à 1,30 g/l
- Apres 1\_2semaines de suivi correct des prescriptions diététiques
- PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE:
- Modalités de la surveillance :lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et en l'absence de complications la surveillance et l'accouchement ne présentent pas de particularité
- Dans les autres cas la surveillance est directement liée au degré d'équilibre glycémique et la survenue de complications
- Si les complications surviennent (HTA,MAP,hypotrophie)la surveillance doit être identique à celle de toute grossesse compliquée

## **CONDUITE DE L'ACCOUCHEMENT**

- Si le diabète est bien équilibré et en l'absence de complications la césarienne d'emblee n'est pas justifiée (pas de bénéfice neonatal,augmentation de morbidité maternelle)
- L'accouchement avant le terme n'as pas d'indication sauf en cas de complications surajoutees:preeclampsie,RCIU,anomalie de la vitalite foetale
- En cas de diabète déséquilibré et ou de retentissement foetal;macrosomie,hypertrophie septale la surveillance doit être rapprochée
- A terme le mode d'accouchement est fonction du degrés de macrosomie foetale;si le poids foetal estime est sup ou égal à 4500g une césarienne de principe est indiquée

- Dans les autres cas un déclenchement à 39SA peut être envisagé

## **CONCLUSION**

- ✓ Le diabète est l'une des complications les plus fréquentes au cours de la grossesse dont la gravité est variable selon l'état nutritionnel maternel et la qualité du suivi et de la prise en charge
- ✓ Cela implique une collaboration entre obstétricien, endocrinologue et néonatalogiste afin de rester vigilant sur l'état de santé de la mère pendant la grossesse pour mieux appréhender les risques attendus pour l'enfant à naître.

## **PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NE**

- L'enfant bénéficie d'un examen complet à la recherche de malformation
- L'alimentation doit être débutée dès la naissance
- La surveillance doit être renforcée pendant au minimum 24h comportant une glycémie capillaire à 1 heure de vie renouvelée toutes les 2h celle-ci doit rester sup à 0,40g/l
- En cas de macrosomie ou devant l'apparition de signes cliniques (calcémie, numération globulaire, bilirubine)

## **CONSEQUENCES DE DIABETE GESTATIONNEL**

### **CHEZ L'ENFANT:**

- A court terme: macrosomie, malformations, mort in utero, la dystocie des épaules, la détresse respiratoire et des complications métaboliques néonatales
- A long terme: risque de diabète type 2 et obésité
- Chez la mère:
- A court terme : risque d'HTA