

L'Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Service de gynécologie et d'obstétrique
De sidi mabrouk

UNE 55 MC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

Cours destiné aux étudiants de 5^{ème} année de médecine
Module de gynécologie

Le diabète et grossesse

Fait par Dr CHERGUI T
Maitre assistant

Année universitaire 2014-2015

Docteur CHERGUI Toufik
Maitre Assistant
Gynécologie-Obstétrique
N° Ordre 234858

- introduction : le pronostic de la grossesse chez la femme diabétique s'est considérablement amélioré, la mortalité périnatale est réduite de 20% à moins de 2% cela grâce

- une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques conduisant à l'apparition des complications fœtales.

- au progrès dans la surveillance diabétologique et obstétricale et une bonne prise en charge préconceptionnelle.

- une collaboration entre obstétricien, diabétologue et néonatalogue.

ii-Définitions : un diabète au cours de la grossesse peut être :

-Diabète antérieur à la grossesse :

-Un DID : le plus souvent jeune, ancien.

-un DNID : plus âgée, multipare, obèse.

-Diabète gestationnel : troubles de la tolérance au glucose, de sévérité variable, révélé et/ou diagnostiqué pendant la grossesse, quelle que soit l'évolution dans le post-partum, quel que soit le traitement nécessaire.

RQ : le terme de diabète gestationnel correspond à une entité relativement hétérogène puisqu'il inclut :

-des diabètes préexistants à la grossesse mais méconnus et diagnostiqués durant la grossesse.

-des diabètes déclenchés par la grossesse avec glycémies normales en début de grossesse et élévation anormale au deuxième moitié de la grossesse.

-une intolérance au glucose découverte par l'HGPO. HGPO

-des diabètes transitoires ou persistants après l'accouchement.

-quelle que soit la situation, il faut dépister et diagnostiquer le diabète gestationnel et de le traiter efficacement.

III- Diagnostic :

- un test diagnostique qui repose actuellement sur l'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) à 100 g de glucose qui doit être réalisée le matin, chez une femme à jeun et au repos pendant la durée du test et n'ayant pas modifié son alimentation habituelle : une glycémie veineuse doit être mesurée aux temps 0, 60, 120 et 180 minutes.

Le diagnostic de DG est posé sur la présence de deux valeurs supérieures ou égales aux seuils suivants : 0,95 - 1,80 - 1,55 - 1,40 g/L.

- si la glycémie au cours du test de O'Sullivan est égale à 2 g/L, le diagnostic de DG ne nécessite pas d'HGPO et la femme doit être traitée.

IV-Complications :

A- Retentissement de la grossesse sur le diabète :

-instabilité glycémique :

- tendance à l'hypoglycémie au premier trimestre.

-augmentation des besoins en insuline au deuxième trimestre.

-après l'accouchement diminution rapide des besoins en insuline.

-Risque de cétose favorisé par les vomissements et les infections urinaires.

hyperglycémie

ingestion de 50 g de glucose, que la femme soit à jeun ou non. Il n'est pas nécessaire de mesurer la glycémie à jeun.

Le dépistage est considéré comme positif si la glycémie est $> 1.40 \text{ g/l}$

En cas de dépistage positif, il est nécessaire de réaliser un test diagnostique H₂O₁₀₀ actuellement sur l'HGPO à 100 g de glucose.

L'HGPO à 100 g doit être réalisée le matin, chez une femme à jeun et au repos pendant la durée du test et n'ayant pas modifié son alimentation habituelle; une glycémie veineuse doit être mesurée aux temps 0, 60, 120 et 180 mn. Le diagnostic de DG est posé sur la présence de 2 valeurs supérieures ou égales aux seuils suivants: 0,95 1,80 1,55 1,40 g/l (critères de Carpenter et Coustan).

3- régime : entre 1800 à 2000 Kcal /j dont 50% hydrate de carbones en trois repas et trois collations.

4 -Insulinothérapie : optimisation de l'insulinothérapie avec adaptation des doses et fractionnement des injections en trois à quatre par jour.

Pour les DNID relai des antidiabétiques oraux par l'insuline.

L'insuline est introduite dès que le régime seul ne permet pas d'obtenir des glycémies normalisées.

Les objectifs glycémiques sont une glycémie à jeun $< 0,95 \text{ g/l}$ et une glycémie mesurée 2 h après chaque repas $< 1,20 \text{ g/l}$.

5-surveillance :

-Maternelle : Fond d'œil, tension artérielle, urée, créatinémie, protéinurie des 24 h, ECBU.

-obstétricale : poids, hauteur utérine, BCF, Doppler vasculaire fœtale surtout en cas HTA associée ERCE, MAF.

L'échographie : recherches des malformations fœtales, la croissance fœtale.

6-accouchement :

-se fera dans la mesure du possible à terme à partir de 38 SA par voie basse en absence de contre indication : (macrosomie, bassin, antécédents obstétricaux...) soit spontané ou déclenché. En cas de contre indication à la voie basse ou échec au déclenchement, une césarienne est indiquée.

7-Post partum :

-en cas de DID les doses en insuline doivent réduire au moitié

-en cas de DNID l'insulinothérapie doit arrêter et le régime poursuivi avec reprise des antidiabétiques oraux

-en cas de diabète gestationnel : refaire une HGPO 3 à 6 mois plus tard pour vérifier un équilibre ultérieur et l'entité clinique.

8- la contraception :

-les micro-progestatifs ou le stérilet en absence de contre indications.

-éviter les Oestroprogestatifs.

9-allaitement maternelle est préconisé.

conseillé vivement.

-complications dégénératives :

-la grossesse n'entraîne pas des rétinopathies et les néphropathies diabétiques mais peut aggraver les formes évoluées de celle-ci

- la coronaropathie patente est une contre-indication formelle à la grossesse chez la diabétique

B- Retentissement du diabète sur la grossesse:

-risque malformatif : sont liées surtout au déséquilibre glycémique lors de la conception et les premières semaines de grossesse. ces malformations semblent toucher tous les organes mais surtout cardio-vasculaire : (transposition des gros vaisseaux, coarctation de l'aorte.) Du système nerveux, du squelette.

-Avortement spontané : ils sont plus fréquents lors des grossesses diabétiques mal équilibrées.

-infections : accouchement prématuré, infection amniotique. Les infections urinaires sont le plus souvent asymptomatiques.

-Macrosomie : due à l'hyperinsulinisme fœtal réactionnel de l'hyperglycémie maternelle. Elle s'accompagne d'un risque accru de complications obstétricales (dystocie des épaules, paralysie du plexus brachial, disproportion foeto-pelvienne, extractions instrumentales avec leurs conséquences maternelles et fœtales, fracture de la clavicule).

-Hydramnios : il gêne le bon déroulement de l'accouchement (défaut d'accommodation, précidence du cordon). *Polyurie fœtale / ins. et osm.*

-mort fœtale : surtout au 3^{ème} trimestre, brutale, sans prodromes, accompagnée de macrosomie

-Détrences respiratoires : chez les nouveaux nés de mère diabétique, on observe un retard de maturation du surfactant pulmonaire favorisant la survenue d'une maladie des membranes hyalines. *mat. mat. > SIDA*

-Hypertension gravidique : son risque est augmenté en cas de diabète.

- Conséquences obstétricales : Césariennes.

-complications néonatales :

- hypoglycémie néonatales : liées à l'hyperinsulinisme fœtal, dans les 24 à 48 premières heures suivant l'accouchement.

- troubles métaboliques (hypocalcémie, hyperbilirubinémie, polyglobulie).

IV- Traitement :

1- Prise en charge préconceptionnelle :

-réduire le risque des malformations fœtales par un contrôle strict du diabète dans la période précédant la conception.

-dépister et traiter d'éventuelles lésions dégénératives avant la grossesse.

2- Dépistage : Le dépistage doit s'adresser à toutes les femmes et pas seulement à celles qui ont des facteurs de risque (antécédent familial de diabète, obésité, âge > 35 ans, antécédents obstétricaux de pré-éclampsie, mort in utero, macrosomie, malformation). Le dépistage doit être réalisé entre 24 et 26 SA.

Chez les femmes ayant un des facteurs de risque ou ayant présenté un diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse, il doit être pratiqué dès la première consultation puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-26 SA.

Le dépistage repose sur le test d'O'Sullivan, consistant à doser la glycémie veineuse 1 heure après