

DIABÈTE ET GROSSESSE



DR: FELLAOUINE S

Introduction :

- La maladie diabétique peut se présenter de deux manières différentes lors de la grossesse soit:
 - une femme diabétique qui développe une grossesse
 - ou une femme enceinte qui va développer un diabète

Cependant dans ces deux cas la grossesse doit être considérée comme une grossesse à haut risque nécessitant une prise en charge multidisciplinaire (diabétologue –obstétricien –pédiatre)

Interet de la question :

- Prévalence : 3-6% Des femmes enceint
- Association haute risque MF
- Frequence en nette augmentation
- Nécessite une prise en charge multidisciplinaire
- Interet de prise en charge préconceptionnelle dans le type 1 et type 2

Définition :

- Le mot diabète vient du grec « traverser, franchir ». Du fait d'une soif incessante le patient buvait et urinait en permanence d'où le fait que **L'eau passe a travers le Corp.**
- trouble de la tolérance au sucre avec augmentation de la glycémie (quantité de sucre dans le sang)
- Déférentes type :
 - le diabète type 1
 - le diabète type 2
 - le diabète gestationnel

- **Le diabète type 1** : C'est une maladie chronique liée à un trouble de la glycorégulation suite à une conséquence d'une sécrétion insuffisante de l'insuline représente moins de 10%
- **Le diabète type 2** : une maladie chronique liée à un trouble de la glycorégulation suite à une mauvaise utilisation de l'insuline il représente presque 90% des cas
- **Le diabète gestationnel** : trouble de la tolérance glucidique de sévérité variable débité ou diagnostiqué pour la 1er fois pendant la grossesse quel soit le traitement et l'évolution dans le pot partum 3-6%

Données physiologiques

1: hors grossesse et dans l'état normale :

la GAI est stable autour de 0.80g/l

en PP: la glycémie augmente mais pas plus de 1,40 g/l

Le métabolisme énergétique est assuré par deux hormones le glucagon et l'insuline

2: au cours de la grossesse: pour fournir en continu des nutriments au fœtus malgré le caractère intermittent de la prise alimentaire par la maman **on constate :**

au cours du première trimestre T1 :

- une augmentation de la sensibilité à l'insuline (**excitation**) avec une hyperinsulinisme due au premier effet et à l'action trophique des OP et HCG sur les cellules B de Langerhans tendance à HYPOGLYCEMIE

Au delà de T1:

- une apparition progressive d'une insulino-résistance
- tendance à l'hyperglycémie
- sans oublier que la grossesse est diabéto-gène surtout après 20 SA
- diminution de l'insulino-sécrétion en situation post prandiale (épuisement)

LE DG EST UNE INADEQUATION ENTRE LA SECRETION ENDOGENE D'INSULINE ET LES BESOINS MATERNEL ET FŒTALE DE GLUCOSE

LES RETENTISSEMENTS DU DIABETE SUR LA GROSSESSE

1/EN CAS DE DIABETE PREGESTATIONNEL:

Les risques pour le fœtus:

Fausse couche spontané

Les malformations foetale (cardiaque ;rénales; neurologique)

La macrosomie

Hydramnios

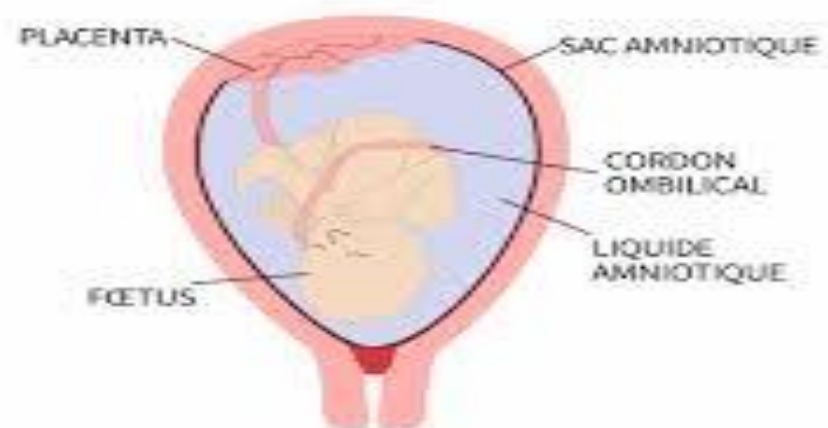
Accouchement prématuré et les MAP

Souffrance foetale aigue

Mort in utero

Après la naissance : SDRA – hypoglycémie – hypocalcémie

A l'âge adulte : obésité –anomalie de la tolérance au glyucose



les Risques pour la mère :

- Aggravation des complication micro vasculaire et néphropathie
- HTA et la préclampsie
- Rétinopathie et coronaropathie
- Les infections urinaires et de post partum

2/ EN CAS DE DIABETE GESTATIONEL:

FCS ,MIU,

Pas de risque malformation car la glycémie est normale au moment de l'embryogenèse

La macrosomie et hydramnios les complication obstétrique et néonatale

HTA et la prééclampsie

Les complication de l'accouchement :Les déchirures ; les extractions instrumentales

Evolution en post partum : disparition ou récidence ou diabète type 2

DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU DIABETE GESTATIONNEL

1: les facteurs de risques :

- ATCD P : de DG et de macrosomie
- ATCDF : de diabète type2
- Surpoids avec IMC sup 25%
- Age sup 35ans



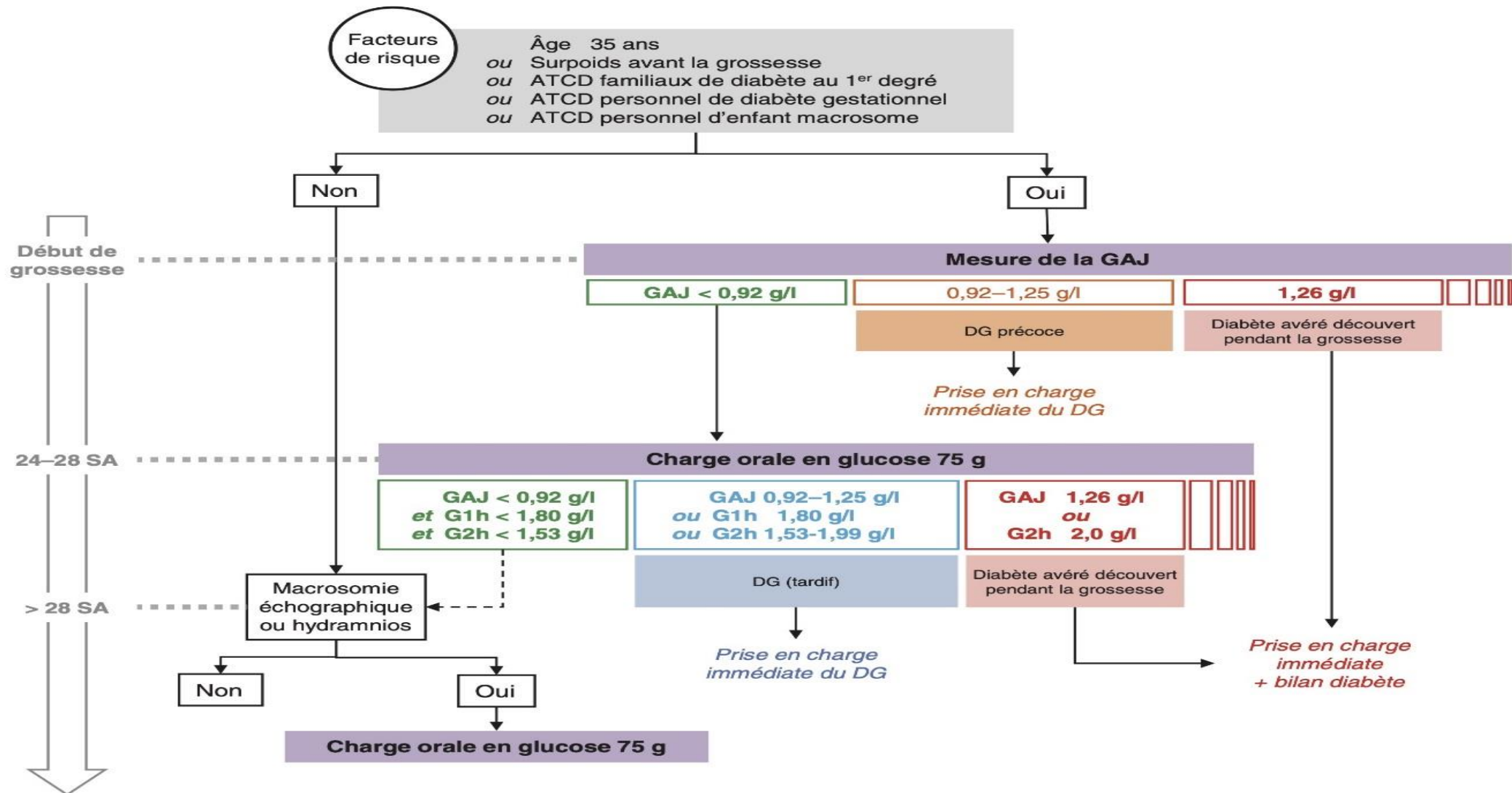
2: Critères diagnostiques:

A/ T1: GAI sup ou égale 1,26 g/L DIABETE TYPE 2

GAJ sup ou égale 0,92 g/l DG

B/ 24-28 sa HGPO avec 75g de glucose

H0: 0,92g/l H1: 1,80 g/l H2;1,53g/L



Prise en charge de la femme enceinte diabétique

A /DIABETE PREGESTATIONNEL :

1/ PROGRAMMER LA GROSSESSE :

- Un bon équilibre 2a3mois avant la conception pour éviter les embryofœtopathie
- -les objectifs: GAI :0,70 -1,20 g/L PP: 1 -1,40 g/L HBA1C inf. 6,5%
- Recherche les complications et les traitements
- DID : insulinothérapie intensifiée
- DNID : arrêter et ADO et mise en place l'insuline

2: pendant la grossesse:

- Un bon équilibre glycémique GAI inf. 0,95g/L 2H PP inf. 1,20g/l
- Recherche les corps cétoniques
- Surveillance glycémique 6x/jours
- Régime hypoglycémique
- Surveillance : poids –TA- créatinine , micro alb urie

3: Insulinothérapie :

schéma de 4 injectons (3 ORD + 1 SEMI LENTE)

idéalement : la pompe a l'insuline

4: Diététique : régime hypercalorique + 1600 KCAL et hypoglucidique répartie sur 3 repas + 3 collations



5 : obstétricale:

tous les 15 j on collaboration avec le diabétologue et ou dépend de l'état

Examen obstétrique: HU, CU, TA, ECBU chaque trimestre

Echographie : croissance doppler morphogramme

Fin du grossesse: ERCF

6: l'accouchement:

maternité niveaux 2 OU 3 obligatoire

A 38 SA sous insulinothérapie et perfusion de sérum glucose

Surveillance horaire de la glycémie

7 en post partum:

Surveillance glycémique et adaptation de l'insulinothérapie

Prévenir l'infection et les complications thromboemboliques

Contraception par les MP puis un stérilet

b/ DIABETE GESTATIONNEL:

la prise en charge doit être précoce et en multidisciplinaire entre l'obstétricien et le diabétologue

1 : prescription diététique:

- La ration énergétique quotidienne totale sera répartie en 3 repas 3 collations
- Une activité physique régulier et recommandé
- Objective glycémique :GAJ inf. 0,95 g/l PP a H2 inf. 1,20 g/l

2 :prescription médicamenteuse :

- Insulinothérapie d'emblée si GAJ sup 1,30g/l
- Ou si échec de RHD au bout de 8j
- Insulinothérapie doit être débuté a l'hôpital avec une bonne éducation

3: SURVEILLANCE Diabétologique :

- Auto surveillance capillaire quotidienne 4 a 6 X/j
- Bandelette urinaire : a la recherche des cétonurie

4: surveillance obstétricale :liée au degré de l'équilibre glycémique

- Si un bon équilibre et pas de retentissement materno foétale la parturiente est considérée comme femme normale
- Si le contraire : une surveillance doit être rapprochée a la recherche des retentissements et complications maternelles ou foétales

- **5:conduite de l'accouchement :**

- N'es pas modifier si une femme bien équilibré sans retentissement
- Voie d'accouchement au dépend des conditions obstétrique
- Date d'accouchement : entre 38SA ET 39 SA

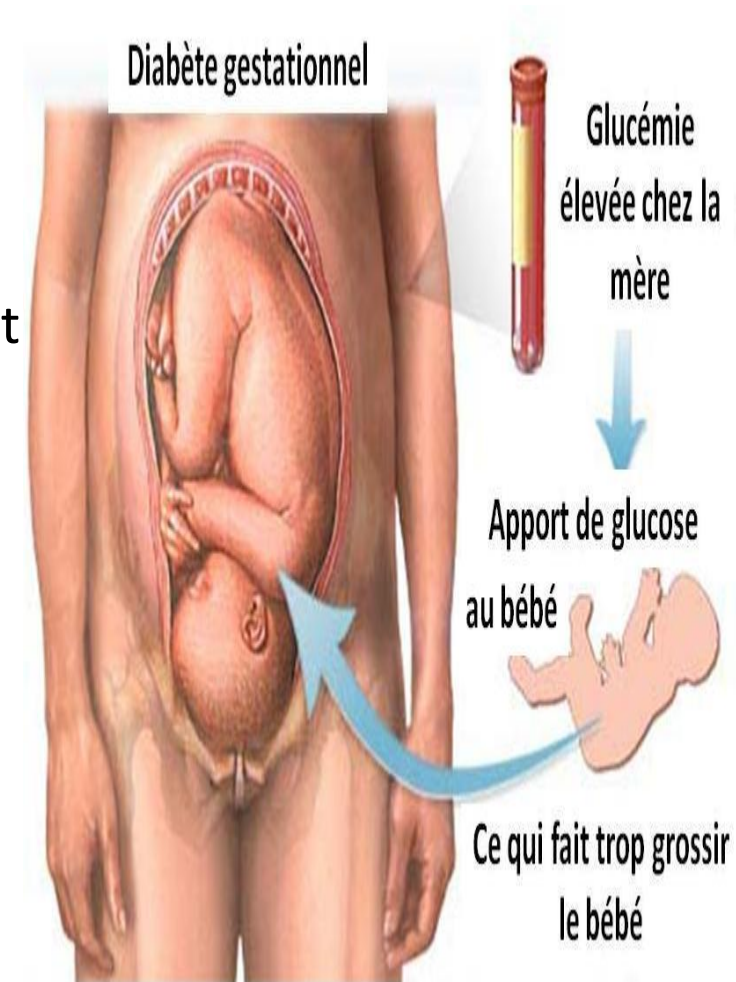
- **6: prise en charge post natale :**

N née : alimentation précoce

surveillance glycémique chaque 2h pendant 24H

LA MERE :- insuline arrêter et la glycémie surveiller

- HGPO apres 3mois
- encourager l'allaitement naturelle
- OP sont pas CI cependant préféablement MP et DIU cuivrée
- a long terme: hygiène alimentaire , activité physique , perte du poids



Conclusion :

La diabétique doit être bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire

Le pronostic de la grossesse est essentiellement liée à l'équilibre glycémique depuis la conception jusqu'à l'accouchement

Merci de votre attention