

## ITEM 252 : DIABETE ET GROSSESSE

### DIABÈTE PRÉ-EXISTANT (non présent dans le collège de gynéco obst)

- 1<sup>er</sup> trimestre : **phase d'anabolisme** et **insulino-sensibilité** physiologique → risque accru d'**hypoglycémie**
  - 2<sup>ème</sup> trimestre : **phase de catabolisme** et **insulino-résistance** physiologique → risque accru de **déséquilibre glycémique**
  - 3<sup>ème</sup> trimestre : **catabolisme** et **insulino-résistance** maximale → risque de **déséquilibre sévère** voire d'**acidocétose**
- L'insuline ne passe pas la barrière placentaire, mais le glucose et les corps cétoniques passent la barrière placentaire : hyperglycémie maternelle → hyperglycémie fœtale → hyperinsulinisme fœtal → macrosomie

Complications	Complication aiguë	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypoglycémie</b> : surtout au 1<sup>er</sup> trimestre (↘ les dose d'insuline), sans retentissement fœtal</li> <li>→ <b>Facteurs favorisants</b> : antécédents d'hypoglycémies, vomissements, baisse initiale des besoins d'insuline, recherche de la normo-glycémie</li> <li>→ Prévention par équilibre du diabète en préconceptionnel</li> <li>- <b>Acidocétose</b> : surtout au 3<sup>ème</sup> trimestre, risque de <b>mort fœtale</b></li> <li>→ <b>Facteurs favorisants</b> : vomissements, β-mimétiques, glucocorticoïdes, mauvais équilibre, infection, diabète méconnu, pompe à insuline défectueuse</li> <li>→ Prévention : recherche de cétonurie/cétonémie si la glycémie &gt; 2g/l, augmentation des doses d'insuline, contact du diabétologue, prise en charge urgente en milieu spécialisé</li> </ul>
	Complication maternelle chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infections urinaires</b> plus fréquentes : bactériurie à rechercher tous les mois</li> <li>- <b>Rétinopathie</b> : - <b>Apparition</b> ou <b>aggravation d'une RD favorisée par l'HTA et l'hyperglycémie</b>, avec régression habituelle après grossesse               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque d'<b>hémorragie intra-vitréenne</b> ou de <b>décollement de rétine</b> lors des efforts de poussée en cas de <b>RD proliférante</b> : <b>voie basse déconseillée</b></li> </ul> </li> <li>- <b>HTA</b> ou <b>atteinte rénale</b> : risque de <b>prééclampsie</b> (30% en cas de microalbuminurie, 40% en cas de protéinurie, &gt; 50% en cas d'IRC) ; <b>RCIU</b> plus fréquent</li> <li>- <b>Insuffisance coronaire non revascularisée</b> : contre-indique formellement la grossesse</li> </ul>
	Complication embryonnaire et foetale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Malformation</b> : - Système nerveux : <b>anencéphalie, spina bifida</b></li> <li>- Cardiaque : <b>transposition des gros vaisseaux, hypertrophie septale</b></li> <li>- Urologique : <b>agénésie rénale, pyélon double</b></li> <li>- Digestive : <b>atrésie intestinale, situs inversus</b></li> <li>→ Corrélié à l'HbA1c à la conception et à l'équilibre glycémique durant l'organogenèse</li> <li>→ Le risque d'anomalie chromosomique n'est pas augmenté</li> <li>- <b>HTA gravidique</b> et <b>pré-éclampsie</b> : RR = 4, surtout si HTA préexistante, IRC ou macro-albuminurie</li> <li>- <b>Mort fœtal in utéro</b> favorisée par : diabète mal contrôlé, acidocétose, macrosomie, hydramnios,</li> <li>- <b>Hypotrophie</b> : souffrance fœtale chronique, surtout en contexte de prééclampsie</li> <li>- <b>Hydramnios</b></li> <li>- <b>Macrosomie</b> : le bon contrôle du diabète diminue mais ne supprime pas le risque</li> <li>- <b>MAP</b></li> <li>- <b>Prématurité modérée (spontanée et induite)</b> est 5 à 10 fois plus importante</li> <li>- <b>Grande prématurité</b> augmentée en cas de néphropathie diabétique</li> <li>- <b>FCP</b> plus fréquentes en cas de diabète déséquilibré</li> </ul>
	Complication néonatale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypoglycémie néonatale</b> (par hyperinsulinisme fœtal)</li> <li>- Autres troubles métaboliques : <b>polyglobulie, ictère néonatal, hypocalcémie</b></li> <li>- <b>Maladie des membranes hyalines (MMH)</b> : due à la prématurité et à l'hyperinsulinisme fœtale</li> <li>- <b>Macrosomie</b> : fracture de la clavicule, paralysie obstétricale du plexus brachial, dystocie des épaules</li> <li>- <b>Cardiomyopathie hypertrophique transitoire</b> (par épaissement septal) : généralement asymptomatique, risque d'insuffisance cardiaque, <b>régressive</b></li> </ul>
PEC avant la grossesse	Bilan du diabète	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rétinographie, FO, TA, créatinine plasmatique, DFG, micro albuminurie, protéinurie. (facteurs de mauvais pronostic fœtal : protéinurie &gt; 1g/J, DFG &lt; 60)</li> <li>= Equilibre du diabète et complications contre-indiquant la grossesse ou à traiter avant :</li> <li>- Microangiopathie (rétinopathie, néphropathie) ou HTA : <b>aspirine 100 mg/j</b> dès le diagnostic</li> <li>- <b>Photo-coagulation rétinienne</b> en cas de rétinopathie proliférative</li> <li>→ Accouchement par voie basse déconseillé en cas de RD proliférante ou de décollement de rétine</li> </ul>
	Equilibre du diabète	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Optimisation de l'<b>insulinothérapie</b>, <b>arrêt des ADO</b> si DT2, voire <b>mise sous pompe à insuline</b></li> <li>- Objectifs : <b>glycémie à jeun &lt; 0,95 g/L, post-prandiale &lt; 1,2 g/L et HbA1c &lt; 6,5%</b></li> </ul>
	Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA : arrêt des IEC/ARA2 et relai par un autre antihypertenseur</li> <li>- <b>Arrêt des statines</b></li> </ul>

PEC pendant la grossesse	Suivi diabétologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>= Mensuel pendant le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestre, bimensuel au 3<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>- <b>Uricémie</b> et <b>ECBU</b> mensuelle, <b>BU</b> hebdomadaire</li> <li>- <b>Bilan ophtalmo (± angiographie)</b> tous les 3 mois</li> <li>- Adaptation de l'insuline selon les glycémies capillaires : ↘ au 1<sup>er</sup> trimestre et ↗ <b>forte</b> après <b>17-20 SA</b></li> </ul>
	Suivi obstétrical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Surveillance fœtale rapprochée</b> dès <b>32 SA</b> par <b>rythme cardiaque fœtal</b> (1 à 2/semaines)</li> <li>- <b>Echographie obstétricales trimestrielle</b> avec <b>Doppler des vaisseaux ombilicaux et utérins</b></li> </ul>
	Accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Accouchement programmé</b> vers <b>38-39 SA</b></li> <li>- <b>Déclenchement</b> ou <b>césarienne</b> selon la suspicion de macrosomie et les critères obstétricaux</li> <li>- Sous <b>perfusion d'insuline + G10% IVSE</b></li> </ul>
	Post-partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance néonatale rigoureuse : glycémie, calcémie, NFS, ictère, cardiomyopathie</li> <li>- ↘ des doses d'insuline et réadaptation aux besoins maternels</li> <li>- <b>Allaitement : possible et recommandé sans restriction</b>, contre-indique les <b>ADO</b></li> </ul>



	Risques	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Risque d'intolérance au glucose</b> ou de <b>diabète</b> (facteur déclenchant : œstrogène, corticoïde, nouvelle grossesse) → <b>40%</b> développent un diabète de type 2 dans les 15 ans</li><li>- Risque de DT2 : 7 fois supérieur</li><li>- <b>Récidive</b> lors d'une prochaine grossesse : risque <b>30 à 84%</b></li><li>- Risque modéré de complications métaboliques à long terme : obésité, HTA, diabète</li></ul>
--	---------	---