

ITEM 252 : DIABETE ET GROSSESSE

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

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

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

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