



PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE AU LUXEMBOURG EN 2017

C) DIABÈTE ET GROSSESSE

Introduction

La prévalence du diabète au cours de la grossesse est en augmentation et devient une situation fréquente.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un diabète gestationnel (entité clinique qui ne sera pas abordée ici); dans les autres cas, il s'agit le plus souvent de diabètes de type 1 ou de type 2 préexistant à la grossesse, cette dernière situation devenant de plus en plus fréquente en raison de l'augmentation de prévalence de l'obésité, le diabète de type 2 apparaissant plus tôt dans la vie, en période de fertilité.

La présence d'un diabète de type 1 ou de type 2, s'il est insuffisamment contrôlé, majore les risques maternels et fœtaux, avec en particulier augmentation du risque d'avortement spontané, de malformations fœtales parfois très sévères voire de mort fœtale, de prééclampsie, de macrosomie (et donc de dystocie), d'hypoglycémie néonatale et d'hyperbilirubinémie néonatale. De plus un diabète maternel pendant la grossesse est susceptible de majorer le risque ultérieur pour l'enfant de développer une obésité ou un diabète de type 2.

Recommandations

1) Une grossesse chez une femme présentant un diabète de type 1 ou de type 2 doit être planifiée et préparée.

- Toute femme en âge de procréer qui présente un diabète doit bénéficier de **conseils pré-conceptionnels spécifiques, ce dès la puberté**, dans le cadre de son programme d'éducation thérapeutique. (grade A, ADA)
- Une grossesse doit être programmée par planning familial, et une **contraception efficace** doit être prescrite et utilisée pour prévenir une grossesse non planifiée, ce **jusqu'à ce que la femme soit correctement préparée et prête à débiter une grossesse**. (grade A, ADA)
- Pour minimiser le risque de malformations congénitales, l'éducation et les conseils pré-conceptionnels doivent cibler l'importance d'obtenir un équilibre glycémique le plus proche possible de la normoglycémie, idéalement une **HbA1c <6,5%**, ce en prenant en compte la sécurité, en particulier **en prenant en compte le risque d'hypoglycémies** (grade B, ADA)
- Chez toute femme qui présente un diabète de type 1 ou de type 2, et qui envisage une grossesse à court terme, un **dépistage de rétinopathie diabétique** doit être réalisé, avec examen du fond d'oeil en condition dilatée. Une information doit être donnée sur le risque de développement d'une rétinopathie pendant la grossesse (et d'aggravation si une rétinopathie préexiste). **L'examen ophtalmologique doit ensuite être répété à chaque trimestre de la grossesse, puis tous les 3 mois dans l'année suivant l'accouchement**. (grade B, ADA)
- Un **dépistage de néphropathie** par la mesure du rapport albuminurie sur créatininurie et dosage de la créatininémie doit également être effectué. (grade E, ADA)
- Un **dépistage de dysthyroïdie**, plus fréquente en cas de diabète de type 1, mais également de type 2, doit être effectué par le dosage de la TSH. (grade E, ADA)
- Les mesures pré-conceptionnelles usuelles hors diabète restent applicables comme le contrôle des sérologies de rubéole, syphilis, hépatite B, HIV, le frottis cervical, le groupage sanguin, la prescription de vitamines prénatales (dont 400 ug/jour d'acide folique), l'arrêt du tabac avec accompagnement si nécessaire. (grade E, ADA)



- **Les traitements éventuels par des médicaments tératogènes doivent être stoppés**, dont l'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les antagonistes du récepteur de l'angiotensine et les statines. En cas d'hypertension artérielle, les classes stoppées doivent être remplacées par des traitements antihypertenseurs autorisés pendant la grossesse; ces mêmes traitements doivent également être évités chez les femmes en âge de procréer qui n'utilisent pas de contraception fiable. (grade B, ADA)
- Chez les patientes présentant un diabète de type 2, en anticipation de la grossesse, les antidiabétiques oraux et les incrétinomimétiques injectables, potentiellement tératogènes et/ou récents ou non évalués pendant la grossesse (inhibiteurs de la DPP-4, inhibiteurs de SGLT-2, pioglitazone, incrétinomimétiques injectables) peuvent être remplacés par une insulinothérapie dès la période de préparation de la grossesse pour éviter un éventuel déséquilibre glycémique induit par une adaptation thérapeutique faite en début de grossesse. Ces mêmes traitements doivent également être évités chez les femmes en âge de procréer qui n'utilisent pas de contraception fiable.

La metformine et les sulfamides hypoglycémisants peuvent être éventuellement maintenus jusqu'à confirmation d'une grossesse évolutive. (niveau de preuve faible)

2) Objectifs glycémiques pendant la grossesse.

- Une autosurveillance glycémique fréquente est recommandée tout au long de la grossesse chez toute femme qui présente un diabète de type 1 ou de type 2: à jeun le matin, et en post-prandial après chaque repas; des contrôles supplémentaires préprandiaux peuvent être réalisés si nécessaire. (grade B, ADA).

Chez les femmes enceintes présentant un diabète de type 1, un monitoring du glucose par capteurs de glucose peut être proposé, pour optimiser l'équilibre glycémique et diminuer la contrainte d'une surveillance fréquente par glycémies capillaires. Ce type d'autosurveillance peut également être proposé aux femmes enceintes présentant un diabète de type 2 traité par plusieurs injections d'insuline. (niveau de preuve faible)

- Les **objectifs glycémiques recommandés** sont (grade E, ADA):
 - Pour les glycémies **à jeun**: **<95 mg/dl** (<5,3 mmol/l)
 - Pour les glycémies **post-prandiales**: soit **<140 mg/dl 1 heure après les repas**
soit **<120 mg/dl 2 heures après les repas**

Chez les femmes qui présentent un diabète de type 1 ou de type 2, **la cible d'HbA1c recommandée pendant la grossesse est de 6% à 6,5%, et idéalement <6%, si cette valeur peut être obtenue sans hypoglycémies significatives**. Si nécessaire, l'objectif peut être ramené à <7% pour prévenir les hypoglycémies. (grade B, ADA)

En effet, en raison d'une accélération du turn-over des hématies pendant la grossesse, les valeurs d'HbA1c sont légèrement plus basses pendant la grossesse.

3) Prise en charge thérapeutique spécifique pendant la grossesse.

- **Chez les patientes diabétiques de type 1, l'insuline est le traitement du diabète pendant la grossesse, comme en dehors de la grossesse.**
- **Chez les patientes diabétiques de type 2**, en association avec une activité physique et une alimentation adaptée, **l'insuline est également le traitement de choix**, car elle ne traverse pas la barrière placentaire contrairement aux antidiabétiques oraux, qui de plus sont le plus souvent insuffisamment efficaces pour compenser l'insulinorésistance. (grade, E ADA)



- L'adaptation du traitement insulinique est particulièrement complexe et **une prise en charge dans un centre spécialisé est recommandée**; un tel centre dispose idéalement d'une **équipe pluridisciplinaire** comprenant obstétricien(s) spécialisé(s) dans la prise en charge des grossesses à risque élevé, médecin avec une spécialisation dans la prise en charge du diabète, diététicien(s), infirmier(s) formé(s) et si besoin psychologue et assistante sociale. En effet, les besoins en insuline varient considérablement au long de la grossesse. Chez les femmes présentant un diabète de type 1, le risque d'hypoglycémie est élevé surtout au 1^{er} trimestre et le risque de cétose est majoré tout au long de la grossesse. Chez les femmes présentant un diabète de type 2, les doses d'insuline nécessaires sont parfois très élevées en raison de l'insulinorésistance. (grade E, ADA)
- Chez les patientes qui présentent un surpoids ou une obésité, les objectifs d'évolution du poids au cours de la grossesse doivent être individualisés et discutés avec l'équipe médicale. (niveau de preuve faible)
- En raison d'un risque majoré de prééclampsie chez les femmes présentant un diabète de type 1 ou de type 2, un traitement par aspirine à petite dose (60-150 mg/jour) est recommandé de la fin du 1^{er} trimestre de la grossesse jusqu'à l'accouchement, pour en réduire le risque. (grade A, ADA)
- Chez les femmes enceintes qui présentent une hypertension artérielle, la pression artérielle cible est de 120 à 160 mmHg pour la systolique et de 80-105 mmHg pour la diastolique, de façon à minimiser le risque de retard de croissance foetale et à préserver la santé maternelle à long terme. (grade E, ADA)