

**PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DES PATIENTES DT1 ET DT2 A L'HOPITAL DE
LA PITIE- SALPETRIERE**

**Réunion du 18 mars 2013: Diabétologie : Dr S Jacqueminet/ Dr C Ciangura
Obstétricien : Dr D Vauthier / Dr J Nizard**

CONSULTATION PRE CONCEPTIONNELLE EN DIABETOLOGIE

1. S'assurer d'une contraception efficace pendant la préparation
2. Equilibre glycémique
 - a. Définir les objectifs glycémiques avant la grossesse (HbA1c < 7%, intensification de l'autocontrôle glycémique, mise en place d'une pompe à insuline si nécessaire.)
 - b. Vérifier la fiabilité du lecteur glycémique (hématocrite et grossesse)
 - c. DT 2 : mise sous insuline. Arrêt des ADO sauf metformine à conserver jusqu' au diagnostic de grossesse.
 - d. HbA1c mensuelle
 - e. Anticorps : GAD, IA2, ICA, ZnT8 (sur le groupe) et C peptide
3. Mise à jour du bilan des complications
 - a. Du diabète
 - i. Fond d'œil
 - ii. Créatininémie, microalbuminurie sur échantillon et rapport $\mu\text{alb}_u/\text{creat}_u$
 - iii. ECG ± Echodoppler artériel des TSA
 - b. De l'obésité
 - i. Recherche un SAS en cas d'IMC > 40 kg/m² ou symptômes (ronflement, somnolence diurne, nycturie, asthénie chronique, HTA)
 - ii. Echographie cardiaque en cas de SAS
 - c. Dépistage d'une hypothyroïdie (TSHus, faire en plus en cas de DT1 : Ac anti TPO)
4. Adaptation de traitement
 - a. Prescription d'acide folique 0,4 mg /j (jusqu'à 14 SA)

- b. Information de la patiente sur les médicaments devant être arrêtés dès le début de la grossesse (test de grossesse positif)
 - i. Statines
 - ii. Metformine
 - iii. IEC ou ARA 2 prescrit dans l'indication d'une néphropathie sans HTA
 - c. Adaptation du traitement antihypertenseur
 - i. Arrêt des IEC ou ARA2
 - ii. Mise sous LOXEN 50 LP *2/j en première intention
 - iii. Adjonction de TRANDATE si nécessaire ou ALDOMET en troisième intention
 - d. Débuter un traitement par ASPEGIC 100 dès le diagnostic de grossesse (cf indication infra)
5. Consultation Diététique préconceptionnelle
- a. Equilibre alimentaire
 - b. Principe du fractionnement
6. Courrier de Liaison

CONSULTATION PRE CONCEPTIONNELLE EN GYNECOLOGIE

1. Déroulement de la grossesse : « quand prendre contact avec la maternité »
2. Prescription des sérologies virales, mise à jour des vaccinations
3. Mise au point des médicaments (QS) : « schéma thérapeutique spécifique de grossesse »
4. Courrier de Liaison

SUIVI DIABETOLOGIE

Première consultation dès le diagnostic de grossesse

1. Equilibre glycémique
 - a. Objectifs glycémiques
 - i. 6 à 7 HGT par jour : carnet obligatoire

	Préprandiale	Postprandiale		Coucher
		1h (si à 2h non faisable)	2h	
DT2	< 0,90 g/l	< 1,30 g/l	<1,20 g/l	
DT1	0,6 à 1,50 g/l			

- ii. HbA1c mensuelle

2. En l'absence de consultation préconceptionnelle, les points 3 à 4 de la consultation préconceptionnelle sont à vérifier (QS),
3. S'assurer de l'arrêt des médicaments (Statines, ADO, IEC, ARA 2..)
4. Indication de l'ASPEGIC, à débiter au diagnostic de grossesse, à arrêter vers 34-35 SA
 - a. HTA
 - b. Microangiopathie : rétinopathie, néphropathie
 - c. Age > 40 ans
 - d. IMC > 35 kg/m²
 - e. Don d'ovocytes, FIV, don d'embryon
5. Prise de la pression artérielle
6. Poids

Suivi des patientes

1. Rythme des consultations : 15j à 3 semaines, possibilité de relais par mail
2. Carnet glycémique 6 à 7 HGT, à jeun, avant repas, 2 h après repas et coucher
Objectif glycémique :
 Entre 0,6 et 1,5gr/l pour le DT1 (pré et post prandiale)
 <0,90g/l à jeun et préprandiale et <1,20g/l en post prandiale pour le DT2
3. HbA1c une fois par mois, objectif 6%
4. Poids
5. Prise de la pression artérielle
6. Fond d'œil : 1 fois par trimestre, une fois par mois en cas de RD
7. Microalbuminurie et créatininémie sur échantillon une fois par trimestre
8. Dosage Anticorps (IA2, GAD, ICA, ZnT8) et C peptide tous les deux mois à la consultation pour les patientes DT1
9. Courrier de liaison

Troisième trimestre : particularité

Vers 36/ 37 SA remise du protocole postpartum AVEC DOSE D'INSULINE: 3 exemplaires (Maternité, Diabétologue, Patiente)

SUIVI OBSTETRICAL

1. Contact téléphonique avec la maternité dès le diagnostic positif de grossesse :

Echographie de datation vers 8SA à nous transmettre par fax ou mail permettant de caler le 1^{er} RDV. Sortie du dossier si consultation préconceptionnelle pour s'assurer que le « schéma thérapeutique spécifique grossesse » est mis en place

2. Consultation obstétricale à partir de 12 semaines puis une fois par mois
3. Echographie fœtale
8 SA : échographie de datation
12 SA : échographie du 1^{er} trimestre
18 SA : morphologie précoce
22 SA : échographie morphologique du 2nd trimestre
28 SA : biométrie
32 SA : échographie du 3^{ème} trimestre
36 - 37 SA : bien être fœtal et biométrie
4. Suivi en exploration fonctionnelle à la maternité à partir de 34/ 36 SA : rythme selon les conditions particulières de la grossesse, la comorbidité
5. Proposition accompagnement par une sage femme libérale (réseau PSL ou SF libérale proche du domicile) : entretien prénatal précoce, préparation à l'accouchement, suivi post natal ...
6. Biologie
Protéinurie sur 24h ou albuminurie sur créatininurie si BU positive
NFS plaquette, Transaminase, LDH, Haptoglobine, protéinurie des 24h : en fonction du contexte (HTA, complications rénales pré existantes à la grossesse ...) au deuxième trimestre permettant d'avoir un bilan biologique de base
7. Courrier de liaison
8. Pas de corticoïdes systématiques en cas de césarienne programmée \geq 34 SA
9. Objectif de terme 39 SA
10. Limite pour accouchement par voie basse
Contre-indiquer la voie basse spontanée ou le déclenchement du travail en cas d'estimation de poids fœtal \geq 4500g (5000g si pas de diabète) Cette limite est la même pour les diabètes gestationnels.
Contre-indiquer la maturation cervicale en cas d'estimation de poids fœtal \geq 4250g.

Contact Maternité :

Dr Vauthier : Tel : 01 42 17 77 31 Fax : 01 42 17 79 66

Dr Nizard et Dr Dommergues: Tel : 01 42 17 77 01 Fax : 01 42 17 77 02