

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique Professeur DOMMERMUES	Auteurs : Danièle VAUTHIER BROUZES (GO) Claude SACHON, Cécile CIANGURA, Céline DROUMAGUET (Diabétologues) Annette CORNET (Anesthésiste) Date rédaction : janvier 2009 Date révision : 2012 en cours octobre 2017
<b>Prise en charge des PATIENTES DIABETIQUES en PERIPARTUM</b>	

Un **courrier est systématiquement rédigé par le médecin diabétologue** donnant ses consignes vis-à-vis de l'insulinothérapie pour la période du péripartum. Ce courrier est disponible dans la « pochette courrier » du dossier obstétrical ou est encore en possession de la patiente si elle n'a pas été revue en maternité avant son passage en salle de naissance.

## AVANT LE TRAVAIL

➤ **Diabète gestationnel sous régime seul** : procéder comme pour toute femme sans diabète gestationnel

➤ **Déclenchement**

▪ **Traitement du diabète par insuline :**

- Type 1 et 2 sous Lantus: diviser par 2 la dernière dose de Lantus (veille au soir, ou matin si 2 injections /j)
- Type 1 et 2 sous NPH : diviser par 2 la dose de NPH du matin **sauf si** dose de NPH de fin de grossesse identique à celle d'avant la grossesse
- Diabète gestationnel : pas d'insuline NPH le matin

- **Petit déjeuner habituel** avec insuline rapide chez type 1, type 2 et diabète gestationnel sous insuline selon la grille de fin de grossesse

➤ **Maturation (Cytotec)**

- Patiente non à jeun
- Poursuivre le traitement habituel
- Penser à modifier la dose de Lantus ou NPH si déclenchement prévu le lendemain

➤ **Césarienne**

▪ **Traitement du diabète par insuline :**

- Type 1 et 2 sous Lantus: diviser par 2 la dernière dose de Lantus (veille au soir, ou matin si 2 injections/j)
- Type 1 et 2 sous NPH : diviser par 2 la dose de NPH du matin **sauf si** dose de NPH de fin de grossesse identique à celle d'avant la grossesse
- Diabète gestationnel : pas d'insuline NPH le matin

- **Patiente À JEUN** à partir de minuit.

- Dextro à 08h puis toutes les 4 heures en attendant le bloc
- Insuline Rapide (Humalog) à chaque dextro
  - 2 UI si glycémie entre 2 et 3g/l
  - 6 UI si glycémie  $\geq$  3g/l

## PENDANT LE TRAVAIL (ou EN COURS DE CESARIENNE)

▲ ▲ Glycémies cibles en cours de travail : 0.8 – 1.5 g/l

▲ ▲ Le risque fœtal en cours de travail est dominé par l'hyperglycémie maternelle qui induit un risque d'hypoglycémie néonatale

### + Voie d'abord :

Cathlon 16 gauges (gris) + raccord deux voies (octopus)

**Perfusion avec du SERUM PHYSIOLOGIQUE**

Pas de perfusion systématique de glucosé

### + Surveillance horaire des glycémies :

Objectifs : 0.8 à 1.5 g/l

### + Seuils d'intervention :

Tant que glycémie < 1.5 g/l : pas de seringue électrique d'Insuline

✓ **GLYCEMIE  $\geq$  1.5 g/l** : seringue électrique d'HUMALOG  
 20 unités dans 20 ml de sérum physiologique  
 Conserver la perfusion de sérum physiologique  
 Pas de perfusion de Glucosé

+ 1.50 - 1.80 g/l	: Vitesse 1 (1 ml/heure = 1 UI/heure)
+ 1.8 - 2 g/l	: Vitesse 2 (2 ml/heure = 2 UI/heure)
+ 2 - 2.5 g/l	: Vitesse 3 (3 ml/heure = 3 UI/heure)
+ 2.5 - 3 g/l	: Vitesse 4 (4 ml/heure = 4 UI/heure)
+ $\geq$ 3 g/l	: Vitesse 5 (5 ml/heure = 5 UI/heure)

▲ ▲ **NE PAS OUBLIER** quand glycémie  $\geq$  2.5 g/l

- de faire une Bandelette Urinaire à la recherche d'une cétonurie
- de prévenir l'Anesthésiste

▲ ▲ **NE PAS OUBLIER** quand glycémie normalisée < 1.5 g/l d'arrêter la seringue électrique d'Insuline

✓ **GLYCEMIE < 0.8 g/l** : Conduite à tenir

+ 0.7 - 0.8 g/l	: contrôle à 15 minutes
+ < 0.7 g/l	: 3 ampoules de 10 ml de G 30 en IV lente (= 9 grammes de sucre)
+ < 0.4 g/l	: 5 ampoules de 10 ml de G 30 en IV lente (= 15 grammes de sucre)
+ dans ces 2 derniers cas	contrôle à 10 minutes

▲ ▲ **NE PAS OUBLIER** de prévenir l'Anesthésiste

## ➤ CAS PARTICULIER DES PATIENTES SOUS POMPE :

### PREVENIR L'ANESTHESISTE

- Remplacer la pompe sous cutanée par la seringue électrique IV (20 unités d'Humalog dans 20 ml de sérum physiologique) en prenant pour **débit de base** la

base habituelle de la patiente **AVANT** la grossesse : par exemple 0.8 unité par heure.

**Ne tenir compte que de la base de la journée à 8 heures du matin** (en effet il y a souvent 3 débits de base sur les 24 heures).

✓ **GLYCEMIE  $\geq$  0.7 g/l :**

**▲ ▲ NE PAS MODIFIER LE DEBIT DE BASE de la SERINGUE ELECTRIQUE**

**SELON HGT : faire un supplément d'Insuline (HUMALOG) en IVD toutes les heures si glycémie  $\geq$  1.50 g/l selon le schéma suivant**

✚ 1.50 - 1.80 g/l	: 1 UI
✚ 1.8 - 2 g/l	: 2 UI
✚ 2 - 2.5 g/l	: 3 UI
✚ 2.5 - 3 g/l	: 4 UI
✚ $\geq$ 3 g/l	: 5 UI

✓ **GLYCEMIE  $<$  0.7 g/l**

**▲ ▲ NE PAS ARRETER la SERINGUE ELECTRIQUE D'INSULINE**

**REDUIRE LA BASE de 0.1 U/heure et RESUCRER la patiente selon les modalités habituelles. Prévenir l'anesthésiste.**

✚ $<$ 0.7 g/l	: 3 ampoules de 10 ml de G 30 en IV lente (= 9 grammes de sucre)
✚ $<$ 0.4 g/l	: 5 ampoules de 10 ml de G 30 en IV lente (= 15 grammes de sucre)
✚ dans ces 2 cas	contrôle à 10 minutes

- Reprise de la pompe sous cutanée immédiatement à l'arrêt de la seringue électrique : voir le courrier du diabétologue pour ajuster les bases (demander à la patiente, elle connaît le plus souvent son schéma)

**Dans tous les cas : ARRET SERINGUE ELECTRIQUE IV après l'accouchement** (à l'issue des 2 heures habituelles de surveillance en salle de naissance ou en salle de réveil).

## EN POST-PARTUM

Un **courrier est systématiquement rédigé par le médecin diabétologue** donnant ses consignes vis-à-vis de l'Insulinothérapie pour le post-partum.

**▲ ▲ NE PAS OUBLIER DE FAXER** au 78 237 LE « FAIRE PART DE NAISSANCE » permettant à l'équipe de diabétologie d'être informée de l'accouchement de leurs patientes

- **Diabète gestationnel** : arrêt des traitements. Surveillance des glycémies avant les repas à J1.  
Si l'une des glycémies avant repas  $>$  1.30g/l : poursuivre la surveillance et reprendre contact avec l'équipe de diabétologie.
- **Diabète type 1 et 2** : poursuite du traitement insulinaire selon les indications du diabétologue.

- En l'absence de prescription, pour les diabètes de type 1 **demandez à la patiente** la dose d'insuline qu'elle faisait avant la grossesse et reprendre l'ancien traitement.
- **Base habituelle** : 0.3 unité /kilo/jour (Insuline lente) en 1 ou 2 prises selon le schéma de la patiente (Lantus ou NPH).

Mesurer la glycémie toutes les 4 heures jusqu'à reprise d'une alimentation normale.  
Puis mesurer les glycémies avant chaque repas et au coucher.  
Injecter l'insuline rapide selon les glycémies et les apports glucidiques (cf grille)

	Petit déjeuner	Déjeuner	4 h après	Dîner	Coucher
< 0.8	4	4		4	
≥ 0.8	5	5		5	
≥ 1.5	6	6		6	
≥ 2	8	8	2	8	2

**▲ ▲ ▲ Attention aux hypoglycémies récurrentes chez les diabétiques de Type 1 Appeler Anesthésiste et Diabétologue et baisser les doses d'Insuline.**

## RAPPELS

Equivalences glycémies g/l et mmol/l

- **Définitions du diabète en dehors de la grossesse** sur glycémie à jeun
  - <1,10 g/l = normal
  - 1,10-1,26 g/l = hyperglycémie modérée à jeun

<b>g/l</b>	0.8	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5
<b>mmoles/l</b>	4.4	8.4	11	13.2	16.8	19.6

- >1,26 g/l = diabète

- **Objectifs glycémiques au cours de la grossesse.**
  - Diabète type 1 : 0.5 g/l - 1.5 g/l avant et 2 heures après le repas
  - Diabète type 2 et diabète gestationnel : < 0.9 g/l avant repas - < 1.2g/l 2 heures après le début des repas
  - En cours de travail : 0.8 g/l -1.5 g/l