



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13013

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13013>



RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES DIABETIQUES A L'HOPITAL MATERNITE SANTE DE REPRODUCTION LES ORANGERS EN 2020

A. Ouzaa, N. Jeraf, A. Driouech, K. Erhaymini, S. Ouakasse, F. Allelou, Z. Kabba, I. Chanaa, Z. Tazi, A. Filali, C. Chraïbi, M.H. Alami and R. Bezaad
HMSRO- Université Mohammed V- Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 April 2021

Final Accepted: 14 May 2021

Published: June 2021

Key words:-

Diabète Gestationnel, Diabète Et
Grossesse, Consultation
Préconceptionnelle

Abstract

La grossesse représente encore, pour les femmes diabétiques tout comme pour les équipes soignantes un défi, sa programmation permet la conception dans des meilleures conditions, en permettant le dépistage des complications du diabète et d'éviter les anomalies fœtales. La surveillance est assurée par une équipe multidisciplinaire avant, pendant et après la grossesse, sans omettre l'importance de l'allaitement. Le diabète gestationnel est défini par l'ADA (American Diabetes Association) et par l'OMS comme tout degré d'intolérance glucidique ayant débuté ou ayant été mis en évidence pour la première fois durant la grossesse. Nous rapportons l'expérience de l'Hôpital Maternité Santé de Reproduction les Orangers à propos de 353 nouveaux cas colligés sur une année du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2020. 26 % des patientes ont nécessité une hospitalisation. L'équilibre glycémique a été obtenu chez 73% des cas par un régime seul, et 27 % des cas ont nécessité de l'insulinothérapie. Le moyen de suivi du diabète gestationnel est l'auto-surveillance glycémique avec comme objectif une Gaj < 0,95 g/l et Gpp ≤ 1,20g/l. La prise en charge de la grossesse diabétique permet de réduire les risques des complications dégénératives du diabète (rétinopathie, néphropathie) ainsi que le risque de complications périnatales (anomalies fœtales sévères, macrosomie, dystocie des épaules, prématurité).

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Introduction:-

La programmation de la grossesse permet la conception dans des meilleures conditions, en permettant le dépistage des complications du diabète et d'éviter les anomalies fœtales. La prise en charge des grossesses diabétiques repose sur un bon équilibre glycémique, nutritionnel et une activité physique régulière dès la période préconceptionnelle et d'une contraception efficace. Le diabète gestationnel est défini par l'ADA (American Diabetes Association) et par l'OMS comme tout degré d'intolérance glucidique ayant débuté ou ayant été mis en évidence pour la première fois durant la grossesse.

La surveillance est assurée par une équipe multidisciplinaire avant, pendant et après la grossesse, sans omettre l'importance de l'allaitement.

Corresponding Author:- A. Ouzaa

Address:- HMSRO- Université Mohammed V- Rabat.

Durant l'année 2020, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre, nous avons colligé 353 nouveaux cas de femme enceintes diabétiques soit 35% des consultations des grossesses à risque.

Matériels Et Méthodes:-

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 353 cas de femmes enceintes diabétiques suivies à l'HMSRO durant l'année 2020. Notre maternité dispose d'un service de Grossesses à risque où sont suivies toutes les patientes atteintes de pathologies liées à la grossesse, y compris diabète et grossesse. Au sein de ce service, les patientes enceintes diabétiques bénéficient d'une consultation prénatale spécialisée où on applique un protocole de prise en charge selon les normes internationales, elles bénéficient d'une première consultation qui les sensibilise sur l'intérêt du suivi régulier et sur l'adhésion à l'éducation diététique à fin d'assurer l'équilibre glycémique et d'éviter les complications liées au diabète. L'autosurveillance glycémique est assurée par une glycémie capillaire qui est dosée quotidiennement six fois par jour avant et après le repas, avec comme objectif une Gaj < 0,95 g/l et Gpp ≤ 1,20g/l. Elles bénéficient aussi d'un examen complet, avec bilan dégénératif demandé à savoir un avis cardiologique, ophtalmologique et stomatologique. Un suivi échographique est aussi réalisé avec échographie de datation entre 11 et 13SA+6j, une échographie morphologique entre 22 et 26SA et une échographie de croissance au troisième trimestre, avec des mannings à partir de 36SA.

Durant leur suivi, les patientes diabétiques bénéficient d'une consultation toutes les 4 semaines jusqu'à 36SA, puis toutes les 4 à 7h pour surveillance du bien être fœtal. L'hospitalisation est indiquée pour équilibre glycémique, en cas de facteurs de risque associés ou pour éducation et information de la patiente. La consultation prénatale diabétique permet aussi l'implication et l'adhésion du conjoint dans la prise en charge de la grossesse, et c'est une occasion pour réaliser le sevrage de certaines addictions tel que le tabac.

Après obtention du consentement des patientes, les dossiers étaient analysés.

Une fiche d'exploitation a été établie comprenant les éléments suivants :

1. Identification de la patiente : l'âge, les antécédents, Index de masse corporelle (IMC), le terme à l'accouchement
2. Notion de Consultation pré-conceptionnelle
3. Diagnostic du diabète
4. Suivi de la grossesse: nombre de consultations, d'échographies, Bilan dégénératif, équilibre du diabète et retentissement
5. Accouchement: mode d'accouchement, âge gestationnel et postpartum
6. Nouveau-né: Apgar, poids de naissance

Le dépistage du diabète se fait par la glycémie à jeun, et par l'HGPO à 75g de glucose à H0, H1 et H2. Un dépistage systématique se fait entre 24-28SA, et lors de la première consultation en cas de présence de facteurs de risque.

Résultats:-

Durant l'année 2020, du 1^{er} Janvier au 31 Décembre, nous avons colligé 353 nouveaux cas de femme enceintes diabétiques soit 35% des consultations des grossesses à risque.

I-Résultats maternels :

-Indice de masse corporelle (IMC) :

l'IMC moyen est de 31 avec des extrêmes allant de 22 à 43

-les antécédents :

a-Familiaux :6% des patientes ont des ATCD familiaux de diabète soit n=22

b-Personnels:

20% des patientes sont connues diabétiques soit n= 69 : 2 patientes ont un diabète de type 1 (DT1), et 67 patientes ont un diabète de type 2 (DT2), dont 6 découverts au cours du suivi de la grossesse

- Le type de diabète et son ancienneté:

Parmi nos patientes: 284 ont présenté un diabète gestationnel soit 80 % et 69 ont un diabète préexistant soit 20 %

- Les Moyens de dépistage:

69 % des diabétiques sont dépistées par HGPO 75g soit n= 244, 13% sont dépistées par GAJ soit n=46 et 18% sont connues diabétiques soit n=63.

-Prise en charge et suivi:

26% des patientes ont nécessité une hospitalisation. L'équilibre glycémique a été obtenu chez 73% des cas par un régime seul et dans 27 % des cas l'insulinothérapie a été nécessaire

Le suivi du DG est assuré par l'auto-surveillance glycémique avec comme objectif une $G_{aj} < 0,95$ g/l et $G_{pp} \leq 1,20$ g/l

-Mode d'accouchement:

-30 % de patientes diabétiques ont accouché par voie haute

-53,7 % ont accouché par voie basse.

-50 patientes enceintes n'ont pas encore accouché.

II-Résultats néonataux :

-les MFIU:

2 cas de MFIU (une patiente incluse dans notre circuit puis perdue de vue et une autre ayant un diabète non pris en charge avec retentissement fœtal)

-L'apgar bas à la naissance:

2 Nouveau-nés ont un apgar bas avec décès perpartum (ils présentent des anomalies multiples)

-La macrosomie:

16 % de macrosomie

-Les anomalies fœtales:

2 cas d'anomalies fœtales

- LeTransfert néonatal:

12 nouveau-nés ont été transférés en pédiatrie

Discussion:-

En 2011, selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), 3300 femmes ont mené en France une grossesse dans un contexte de diabète préexistant, soit 0,4 % des naissances, dont 60 % de femmes diabétiques de type 2 (DT2). En Norvège, la prévalence du diabète gestationnel est de 22,3% alors qu'en Irlande la prévalence est de 1,8%. La prévalence du diabète gestationnel est élevée à cause de l'obésité, les modes de vie sédentaires, et l'adoption de mode de vie modernes dans les pays en voie de développement. Dans notre étude, la prévalence du diabète est de 35%.

L'idéal est d'avoir une consultation préconceptionnelle, elle permet de juger le risque médical de la grossesse afin de programmer celle-ci. C'est une occasion pour préciser et traiter les complications liées à la microangiopathie, en particulier rénales et oculaires qui peuvent s'aggraver, sans oublier la nécessité de vérifier l'absence d'insuffisance coronarienne ou d'insuffisance cardiaque. Une contraception efficace doit être poursuivie jusqu'à obtention des objectifs glycémiques. L'acide folique (à la dose de 400 μ g/j à 5mg/j) prévient les anomalies du tube neural aussi chez ces patientes.

Dans notre contexte, les femmes n'adhèrent pas à la consultation préconceptionnelle. La consultation grossesse à risque de la femme enceinte diabétique est une occasion de la prendre en charge depuis le début: Elle confirme le type de diabète et détermine le degré d'équilibre glycémique. Elle analyse en gérant les difficultés psychosociales et culturelles le comportement alimentaire, l'activité physique, et si possible, organise le sevrage d'un tabagisme ou autres addictions.

A travers un bilan dégénératif, elle précise le statut ophtalmologique, organise les soins dentaires et recherche l'existence d'une maladie coronarienne sévère qui est une contre-indication à la grossesse.

L'obtention du meilleur équilibre glycémique possible, en préconceptionnel et durant la grossesse permet d'éviter les complications tel que les fausses couches spontanées, la mort fœtale in utero, la paralysie du plexus brachial et les anomalies fœtales.

L'abaissement des seuils de détection du diabète gestationnel avec une glycémie à jeun supérieure ou égale à 0,92g/l, et une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) 75 g sur 2 heures (avec une seule valeur supérieure ou égale à 0,92 g/l à jeun, à 1,80 g/l à la première heure et à 1,53 g/l à la deuxième heure), a permis d'avoir un grand nombre de femme enceintes diabétiques en consultation, mais par contre, ca permet d'appliquer les mesure hygiéno-diététique et le bilan dégénératif qui évite les complications fœtales et néonatales.

Une activité physique adaptée est recommandée durant au moins 30 minutes par jour (ne risquant pas d'induire une perte d'équilibre, ou toute autre cause de traumatisme fœtal), aussi bien pour les patientes enceintes DT1, que DT2 non compliquées.

La consultation grossesse à risque de la femme enceinte diabétique permet l'implication et l'adhésion du conjoint dans la prise en charge de la grossesse, et c'est une occasion pour réaliser le sevrage de certaines addictions.

La mise au sein rapide (dès 30 minutes) et le contact peau à peau préviennent les hypoglycémies néonatales. Le retard de succion, au-delà de 12 heures post-partum, compromet la montée laiteuse si le lait n'est pas tiré. L'allaitement semble protéger l'enfant de l'obésité à court et à long terme. Il favorise la perte de poids post-partum. Il diminue le risque de syndrome métabolique maternel après diabète gestationnel. Chez les femmes normales, il réduit le risque de DT2. L'activité physique, combinée à la diététique, favorise la perte de poids.

Conclusion:-

Le pronostic de la grossesse diabétique repose essentiellement sur l'équilibre glycémique, ainsi qu'à la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire durant la grossesse qui nécessite la collaboration entre les équipes afin de garantir la réussite de cette grossesse

Références Bibliographiques:-

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016, *Diabetes care*, 2016; 39(1): 18-20, 86-93.
2. Inkster ME, Fahey T, Donnan PT, Leese GP, Mires GJ, Murphy DJ. Poor glycated haemoglobin control and adverse pregnancy outcomes in type 1 and type 2 diabetes mellitus: systematic review of observational studies. *BMC Pregnancy and childbirth* 2006;6:30.
3. DPGF. French multicentric survey of outcome of pregnancy in women with pregestational diabetes. *Diabetes Care* 2003;26:2990-3.
4. ADA-Preconception care of women with diabetes. Position statement. *Diabetes Care* 2004;27(suppl1):S76-8. EMC
5. Nielsen LR, Pedersen-Bjergaard U, Thorsteinson B, Johansen M, Damm P, Mathiesen ER. Hypoglycemia in pregnant women with type 1 diabetes. Predictors and role of metabolic control. *Diabetes Care* 2008;31:9-14.
6. Diabète, grossesse, contraception et ménopause F. Lorenzini-Grandmottet, O. Parant, M. Coustols-Valat, F. Rimareix, B. Guyard-Boileau, M. Grandmottet, P. Gourdy. 2016 Elsevier Masson. EMC.
7. Diabète et grossesse O. Vèrier-Mine, F. Dorey, J.-L. Bacri, H. Quiquempois 2012 Elsevier Masson EMC.