

Titre

Grossesse et diabète

Sous-titre

Prise en charge multidisciplinaire du diabète : recommandations pour la pratique clinique

Auteurs

Chantal Ardit, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, chantal.arditi@chuv.ch

Jardena Puder, Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne, jardena.puder@chuv.ch

Yvan Vial, Service d'obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne, yvan.vial@chuv.ch

Isabelle Hagon-Traub, Programme cantonal Diabète, Avenue de Provence 12, 1007 Lausanne, isabelle.hagon@ehc.vd.ch

Bernard Burnand, Unité d'évaluation des soins, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Biopôle 2, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, bernard.burnand@chuv.ch

Texte

L'élaboration et la mise en œuvre de ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) vise à promouvoir l'application pertinente et coordonnée de pratiques de soins optimales d'un diabète par l'ensemble des professionnels des soins concernés. Ces RPC ont également pour but de fédérer et d'harmoniser la prise en charge du diabète, qui est actuellement très variable dans le canton de Vaud.

L'ESSENTIEL

Conseils préconceptionnels

Informez toute femme diabétique en âge de procréer des risques augmentés de complications durant la grossesse et la période post-natale pour la patiente, le fœtus et le nouveau-né, de l'importance d'un suivi médical fréquent et adapté, et d'un contrôle glycémique optimal.

Soins anténataux

Cibles glycémiques durant la grossesse, idéalement :

- Glycémie à jeun/préprandiale : 4-6 mmol/l
- Glycémie à 1 heure postprandiale : < 8 mmol/l
- Glycémie à 2 heures postprandiales : < 7 mmol/l

Autres recommandations

- Deux types d'insuline à action lente peuvent être considérés durant la grossesse : insuline NPH et detemir (Levemir®). L'insuline glargine (Lantus®/Toujeo®/Abasaglar®) peut aussi être envisagée.
- Les analogues de l'insuline de courte durée d'action ont des avantages sur l'insuline humaine durant la grossesse chez les patientes pour qui l'hypoglycémie pose problème.
- HbA1c < 7%, idéalement < 6.5% ou même < 6% (surtout aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres).
- Surveillance fœtale étroite, particulièrement durant le 3^{ème} trimestre de grossesse.
- Importance du dépistage et du monitoring de la rétinopathie et de la néphropathie chez la mère.

Menace d'accouchement prématuré

Le diabète n'est pas une contre-indication aux stéroïdes pour favoriser la maturation pulmonaire, ni à une tocolyse (mais contre-indication pour les bêta-mimétiques).

Accouchement

- Accouchement dans un hôpital comprenant une maternité ayant de l'expérience dans les grossesses à risque et un service de néonatalogie.
- Prise en charge coordonnée par gynécologue/obstétricien-ne, diabétologue et néonatalogue.

Soins néonataux

- Informer les patientes du risque élevé d'hospitalisation en néonatalogie de leur enfant.

Soins maternels post-nataux

- Informer les patientes traitées par insuline du risque augmenté d'hypoglycémie durant la période post-natale, particulièrement lors de l'allaitement.
- Durant la période de l'allaitement, une contraception par pilule progestative ou dispositif intra-utérin est à préférer à une pilule œstro-progestative, qui peut diminuer la lactation.

Diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est traité dans une autre RPC.

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète et les noms des contributeurs sont disponibles sur le site : <http://www.recodiab.ch>. Merci de n'utiliser que ce site comme la seule source fiable et à jour des recommandations.