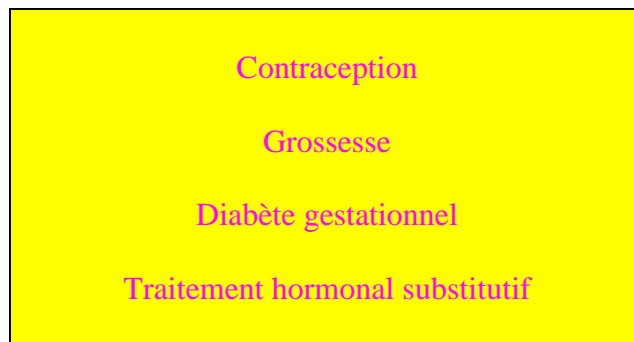


Gynécologie et diabète

Protocoles pratiques de prise en charge des problèmes gynécologiques chez la femme diabétique



Ces protocoles ont été mis au point à partir de protocoles nationaux et de la pratique quotidienne de praticiens, à l'initiative du réseau de soins de ville DIABETE TOURAINE (réseau financé par le FAQSV, fonds de l'assurance maladie).

Ont participé à la rédaction de ces protocoles des médecins libéraux et hospitaliers, gynécologues, diabétologues et médecins généralistes (Dr Bennani, Dr Maillot, Dr Marret, Dr Mesrine, Dr Paganelli, Dr Perrotin, Dr Raynaud)

Contraception chez la femme diabétique :

L'essentiel : *la femme diabétique peut et doit avoir une contraception.*

Principe de base : *la contraception doit être **EFFICACE** car toute grossesse doit être programmée avec parfait équilibre du diabète et adaptation du ttt, avant cette grossesse.*

On peut utiliser, en l'absence de contre indication, et en réévaluant l'indication au cours de la vie génitale et de l'équilibre du diabète :

Chez la femme diabétique de type 1 :

- *certains macroprogestatifs : Lutéran / Surgestone / Lutényl / Androcur*
- *les DIU (cuivre ou Levonorgestrel)*
- *les oestroprogestatifs chez la femme jeune (sauf contre-indications)*
- *les implants progestatifs, les microprogestatifs*

Chez la femme diabétique de type 2 :

- *idem, sauf oestroprogestatifs, formellement contre-indiqués*

En savoir plus : Rappels : l'EE² peut être source d'hyperglycémie (modérée), HTA, hyperlipidémie, risque thrombotique (++ si tabac). Aussi, s'il n'est pas une contre-indication chez la femme diabétique de type 1, il impose certaines précautions, surtout si autre FRCV.

Les progestatifs, pregnancies et norpregnanes ne semblent poser aucun problème contrairement aux autres progestatifs dérivés des androgènes qui sont contre indiqués.

Type 1: (indication à évaluer au cours de la vie génitale et de l'évolution du diabète) :

- 1°) Macroprogestatifs (solution pragmatique sans reconnaissance officielle... mais très efficace/ seules C.I. ou précautions d'emploi: ATCD thrombose veineuse ou artérielle)
 - o sont indiqués (minimum 20j /28) : Lutéran 10 mg 1/j, Lutényl 1/j, Surgestone 500 mg 1/j, Androcur (ex :1/j + oestrogène naturel)
 - o sont contre-indiqués: Orgamétil et Lutométriol, (problèmes métaboliques)
- 2°) D.I.U autorisés (cuivre ou Levonorgestrel): il n'existe pas plus de risque infectieux chez la femme diabétique que chez la non diabétique. De préférence chez la femme multipare. Possible aussi chez la nullipare (mais pose techniquement difficile)
- 3°) Oestroprogestatifs (15 à 30 γ) : les CI sont les mêmes que chez toute femme avec en + des CI particulières: après 40 ans, si triglycérides > 1.50 g/l, TA > 135/85, tabagisme, néphropathie (cl<30ml/mn), rétinopathie proliférante sévère ou compliquée (la rétinopathie simple n'est pas une contre-indication).
- 4°) Implant progestatif (Implanon): efficacité majeure (pose nécessitant expérience).
- 5°) Microprogestatifs: utiliser de préférence la dernière génération (Cérazette), qui bloque l'ovulation (meilleure efficacité contraceptive que les autres)
- La contraception locale, dont le progestatif, est à éviter, car d'efficacité insuffisante.
- En cas d'échec : ne pas oublier la possibilité d'utiliser le Norlévo.

Type 2: *Les oestroprogestatifs sont formellement contre-indiqués.*

On peut utiliser, chez cette femme souvent multipare et nécessitant une contraception sur une période assez restreinte de la vie (diabète tardif), avec souvent des FRCV, par ordre d'intérêt :

- 1°) les macroprogestatifs (conseils idem type 1), ou le DIU, de préférence à la progestérone (terrain de surpoids et d'hyperoestrogénie)
- 2°) les microprogestatifs (Cérazette) ou les implants progestatifs (conseils idem type 1)
- 3°) la ligature de trompes en cas de difficulté avec les autres contraceptions

La grossesse chez la femme diabétique : (type 1 / type 2)

L'essentiel :

- les antidiabétiques oraux sont potentiellement tératogènes
- l'hyperglycémie au 1^o trimestre de la grossesse entraîne un risque de malformations majeures (4 à 10 %, pour un taux de 2.1 % dans la pop. générale), malformations essentiellement cardiovasculaires, du SNC, du squelette ou urogénitales)
- l'hyperglycémie aux 2^o et 3^o trimestres de la grossesse entraîne un risque d'hyperinsulinisme fœtal avec macrosomie, et un risque de complications en fin de grossesse (toxémie gravidique, en particulier)
- en conséquence : la grossesse, et donc l'arrêt de la contraception, doivent être **PROGRAMMES** avec le médecin.
- un bilan vasculaire (FO, µalb, ECG), doit être fait avant l'arrêt de la contraception.
- les cas de contre indication à la grossesse sont :
 - o la rétinopathie proliférative non photocoagulée
 - o la coronaropathie
 - o la néphropathie avancée avec insuffisance rénale et surtout l' HTA (risque ++ d'HTA et d'éclampsie)
- pendant la grossesse un suivi spécialisé diabétologique et gynécologique est indispensable.
- l'équilibre glycémique doit être parfait (0.90 pré-prand 1.20 post-prand)
- pas de césarienne itérative

En savoir plus :

Complications maternelles possibles du diabète au cours de la grossesse

- acidocétose (diabète de type 1), infections urinaires (++) pyélonéphrites), ou génitales,
- dysgravidie, hydramnios, complications traumatiques lors de l'accouchement,

Complications foetales du diabète

- malformations, macrosomie, mort foetale et souffrance foetale,
- RCIU (diabètes compliqués et ++ si HTA concomitante).

Complications néo-natales du diabète

- Retard de la maturation pulmonaire, Hypoglycémies néo-natales, Hypocalcémies, Ictères,
- Polyglobulie, Myocardiopathie hypertrophique transitoire

Gestion de la grossesse (diabète type 1 ou type 2) :

Programmation de la grossesse :

- la grossesse, et donc l'arrêt de la contraception, doivent être programmés avec le médecin.
- la femme doit donc être INFORMÉE préalablement, lors de la prescription de contraception, de cette nécessité de programmer la grossesse. Il est bon de le dire... et de le redire !
- une grossesse débutée malencontreusement sans arrêt préalable des antidiabétiques oraux (type 2) ou sans équilibre pré-conceptionnel parfait (type 1) n'est toutefois pas une cause

d'interruption de grossesse, mais nécessite une prise en charge spécialisée, urgente, et énergique

- un bilan vasculaire (FO, μ albuminurie, ECG), doit être fait avant l'arrêt de la contraception.
- un mauvais équilibre glycémique avant la grossesse incite à une équilibration progressive sous contraception (équilibration très rapide = risque d'apparition de rétinopathie)

Suivi de la grossesse :

- la grossesse chez la femme diabétique doit être suivie de manière pluridisciplinaire et coordonnée, par des praticiens formés à cette pratique, avec une attention particulière sur :
 - o l'équilibre glycémique, qui doit demeurer parfait, avec nécessité d'adapter les doses d'insuline, souvent de les augmenter progressivement,
 - o la TA +++, actuellement principal facteur pronostique de la grossesse,
 - o surveillance ophtalmologique : à programmer dès le début de la grossesse (si FO normal avant grossesse : FO au 4^o mois, 7^o mois et après l'accouchement)

Surveillance fœtale au cours de la grossesse :

- écho au 1^{er} trimestre (entre 11 et 13 S.A) pour datation précise + mesure de la clarté nucale,
- échographie morphologique pratiquée par un échographiste de référence vers 22 à 24 S.A (dépistage des malformations),
- échographie doppler utérin à 24 SA puis échographie plus hémodynamique fœtal (flux ombilical et cérébral) à 28 SA et tous les mois, (éventuellement plus souvent si HTA ou RCIU)
- avertir la patiente de consulter rapidement en cas de diminution des MAF,
- 1 RCF par semaine en ambulatoire à partir de 36 S.A.

Gestion de la fin de la grossesse et de l'accouchement :

- il n'est pas nécessaire d'organiser une hospitalisation systématique en fin de grossesse
- l'hospitalisation n'est licite que :
 - pour une pathologie obstétricale intercurrente ou connexe (en service d'obstétrique).
 - devant des difficultés thérapeutiques du diabète (en service de diabétologie)
- la femme diabétique peut accoucher par voie basse (pas de césarienne impérative)
- il est préférable de programmer (en l'absence de RCIU ou de dysgravidae / HTA) un déclenchement à partir de 38 S.A, (il convient avant tout d'éviter le dépassement de terme),
- l'accouchement, en milieu spécialisé, doit s'accompagner d'une adaptation du traitement chez la mère (chute rapide des besoins en insuline)
- l'enfant doit être suivi, en particulier : dépistage des hypoglycémies néonatales, surtout si le diabète a été déséquilibré en fin de grossesse, + prise en charge de l'enfant par les pédiatres (dextro au BB toutes les 3 heures pendant 48h00).

Particularités selon les types de diabète :

Chez la femme diabétique de type 1 :

Les glycémies doivent être PARFAITEMENT équilibrées (préprandiales < 0.90 / post prandiales 2 h après le début des repas < 1.20) AVANT la conception, donc avant l'arrêt de la contraception. Un changement du schéma d'insulinothérapie ou le passage à un traitement par pompe à insuline peut être nécessaire. **L'avis du spécialiste est indispensable**, et le suivi en consultation diabétologique devra être fait toutes les deux semaines.

Chez la femme diabétique de type 2 :

Lorsque le désir de grossesse est manifesté, il est nécessaire d'interrompre les antidiabétiques oraux et de mettre en place une insulinothérapie optimisée (3 injections en général), avec toute l'éducation qui doit l'accompagner. Lorsque l'équilibre glycémique (mêmes objectifs que dans le type 1) est obtenu, la décision d'arrêt de la contraception est prise conjointement avec le médecin. Un suivi diabétologique toutes les deux semaines est indispensable.

LE DIABETE GESTATIONNEL

L'essentiel :

- son dépistage doit être systématique **chez toute femme enceinte**
- but du dépistage :
 - o éviter la macrosomie et les complications fœtales
 - o dépister les femmes à risque ultérieur de diabète, dans un but préventif
- méthode : par un test de O'Sullivan entre 24 et 28 SA :
- dosage de la glycémie **une heure** après prise orale de 50 grammes de glucose
- résultats normaux : < **1.40** (1.30 si facteurs de risque associés)
- **Un test de O'Sullivan positif n'est pas synonyme de diabète**
- **Si O'Sullivan + : faire HGPO**
- **Diabète gestationnel avéré = si 2 chiffres de l'HGPO sont anormaux**
- En cas de test non fait entre 24 et 28 SA :
 - o Entre 28 et 32 SA : faire O'Sullivan
 - o Après 32 SA : faire HGPO directement
- Conduite à tenir : prescription diététique + surveillance glycémique
- **BUT : normalisation rapide des glycémies**
- **Risque ultérieur de diabète :**
 - o faire glycémie à jeun 6 semaines après accouchement
 - o possibilité de diminuer le risque ultérieur de diabète par une prise en charge préventive du poids et de l'activité physique : prévoir une consultation chez un diabétologue

En savoir plus :

- prévalence : 3 à 6 %
- son dépistage doit être systématique **chez toute femme enceinte**, même sans ATCDS de diabète gestationnel, d'HTA, de surpoids etc....

Dépistage :

- 1) Le "**test de O'SULLIVAN**" n'est qu'un test de dépistage; il est validé de 24 SA à 28 SA pour toute gestante. Il peut néanmoins être proposé dès la fin du premier trimestre en cas de facteurs de risques connus de diabète gestationnel (si test négatif au premier trimestre : à répéter à 24 28 S.A); il est réalisable jusqu'à 32 SA (après 32 SA, réaliser l'HGPO directement).

Il se pratique comme suit (cf ordonnance type) :

- patiente en régime alimentaire normal, patiente à jeun, ou en fin de matinée au moins deux à trois heures après le petit déjeuner:

- pas de nécessité de dosage de la glycémie avant la prise de glucose,

- dosage de la glycémie **une heure** après prise orale de **50 grammes** de glucose

Un test de O'Sullivan positif n'est pas synonyme de diabète et en cas de test de O'Sullivan positif la prévalence du diabète gestationnel vrai (sur l'HGPO) est d'environ 25 %. **Une HGPO doit donc être impérativement pratiquée** (sauf si le O'Sullivan est supérieur à 2 g = diabète patent).

Conduite à tenir devant le résultat du O' Sullivan :

- > ou = à 1,40 g : faire une HGPO,
- entre 1,30 g et 1,40 g et en cas de facteur de risque de diabète gestationnel associé : faire une HGPO,
- entre 1,30 g et 1,40 g sans facteur de risque associé : très faible risque de diabète. Pas d'HGPO à réaliser,
- < à 1,30 g : test normal : pas de diabète.

Facteurs de risques de diabète gestationnel :

- P/T2 (poids / taille²) avant grossesse > à 25,
- Age > à 35 ans,
- Antécédents familiaux de diabète de type 2, chez les apparentés au premier degré,
- Poids naissance des enfants précédents > à 4 kg,
- Antécédents de diabète gestationnel prouvés lors d'une précédente grossesse,
- L'ethnie asiatique.

- 2) Le diagnostic du diabète repose sur l'épreuve **d'hyperglycémie provoquée** qui se pratique comme suit : patiente consommant au cours des trois jours précédents une alimentation qui doit contenir une ration minimale de glucides (cf ordonnance type), glycémie à jeun puis toutes les heures sur trois heures après charge **de 100 grammes** de glucose per os.

Résultats normaux (quelque soit le terme):

- + H0 : inférieur à 0,95 gramme / litre, 5.3 mmol/l
- + H1 : inférieur à 1,80 gramme / litre, 10.1 mmol/l
- + H2 : inférieur à 1,55 gramme / litre, 8.7 mmol/l
- + H3 : inférieur à 1,40 gramme / litre. 7.8 mmol/l

Il y a diabète gestationnel lorsque deux chiffres ou plus sont pathologiques.

Si un seul chiffre est pathologique : donner des conseils diététiques visant à réduire la consommation de sucres rapides, surtout en dehors des repas. Un contrôle de glycémie post prandiale 15 jours plus tard au laboratoire est indiqué mais pas de nécessité de surveillance dextros. En cas d'HGPO irréalisable (vomissements) : faire une surveillance glycémique avant et 2 heures après le début d'un repas (petit déjeuner ou déjeuner), au laboratoire ou par dextros.

Si le test de O'Sullivan est positif et l'HGPO strictement normale : il n'y a pas de diabète gestationnel. Aucune surveillance ni modification diététique ne sont à faire.

Conduite à tenir devant un diabète gestationnel avéré :

- il est recommandé que la patiente soit prise en charge en consultation par un diabétologue
- prescription d'une alimentation adaptée avec une prise modérée mais régulière de glucides lents et de fruits et éviction des sucres rapides jusqu'à la fin de la grossesse
- surveillance glycémique :
 - o soit, au mieux, par réalisation de 6 dextros (glycémies capillaires) par jour avant et 2 h après le début de chacun des 3 repas pendant une semaine (appareil prescrit à la patiente et non pas prêté, en raison des risques de contamination par l'hépatite C), avec éducation à la manipulation de l'appareil.
 - o ou bien glycémies au laboratoire à jeun et 2 heures après le début d'un repas

(soit le matin ou l'après midi) deux fois par semaine pendant deux semaines consécutives,

- la patiente est revue une à deux semaines plus tard avec les résultats de ses contrôles,
- la surveillance glycémique est poursuivie mais modulée en fonction des constatations:
par ex :
 - o si glycémies parfaites (< 0.90 avant repas et < 1.05 après repas) : soit 2 dextros/jour à des heures variables (++) surveiller les post-prandiales), soit surveillance de glycémies au laboratoire pré et post prandiales une fois par semaine jusqu'à l'accouchement,
 - o si glycémies post prandiales entre 1,05 et 1.15 : poursuivre surveillance des glycémies post prandiales comme la première semaine... et revoir les conseils diététiques,
- si les glycémies s'avèrent souvent élevées (> 0.90 à jeun et/ou > 1.15 en PP) avec une alimentation bien suivie attestée par enquête alimentaire :
 - o prescription d'une insulinothérapie par un diabétologue (protocole variable selon les cas)
 - o en ambulatoire
 - o avec suivi en consultation et par téléphone pour adaptation des doses et obtention **rapide** d'un équilibre glycémique parfait en pré comme en post prandial.
- prévenir la patiente **pendant** la grossesse du risque ultérieur de diabète et de la nécessité d'une surveillance glycémique quelques semaines après l'accouchement.

Suites de couches du diabète gestationnel :

- même si traités à l'insuline : arrêt de l'insuline dès l'accouchement, faire un cycle glycémique de contrôle (par dextros), allaitement autorisé sans réserves
- Microval ou Cerazette si allaitement
- reprendre la contraception que la patiente suivait avant sa grossesse
- les oestroprogestatifs ne sont pas contre indiqués (une fois l'allaitement terminé) en cas de diabète gestationnel.

Suivi glycémique ultérieur :

- prévoir une glycémie à jeun 4 à 6 semaines après l'accouchement
- la patiente doit consulter un médecin diabétologue avec le résultat (même si le résultat est normal) afin de cerner le risque individuel de diabète, en fonction (par ordre d'importance):
 - o du BMI avant la grossesse (P/T^2)
 - o de la sévérité du diabète gestationnel / nécessité d'une insulinothérapie
 - o de la récurrence du diabète (2° DG par ex)
 - o des éventuels problèmes métaboliques (le DG est un marqueur de syndrome X)
- informer la patiente du risque de récurrence du diabète lors d'une grossesse ultérieure (++) si l'intervalle entre les 2 G est < 2 ans)
- surveillance glycémique idem aux cas d'intolérance au glucose : glycémie à jeun annuelle

Le suivi métabolique correct des femmes ayant eu un diabète gestationnel et la prise en charge de leurs facteurs de risque (poids +++ et activité physique +++) est sans doute un très bon moyen de prévenir et de dépister précocement le diabète de type 2 chez la femme.

THS chez la femme diabétique :

L'essentiel :

Le THS est indiqué, en fonction des signes fonctionnels ressentis.

Mais contre-indications relatives à considérer chez la femme diabétique :

- *HTA traitée très déséquilibrée (> 17/10) avec risque de poussée hypertensive, et donc d'AVC*
- *rétinopathie*
- *néphropathie*
- *maladie coronarienne sévère (augmentation du risque vasculaire cardiaque, et thromboembolique, la 1^o année). Toutefois la femme coronarienne connue et équilibrée sur le plan cardiaque, après infarctus ou chirurgie ou sténose supérieure à 50 %, déjà sous THS, peut poursuivre son traitement.*
- *obésité franche (risque thrombotique veineux)*
- *antécédent d'AVC*

Dans ces cas, si le THS est prescrit, la voie percutanée est recommandée (ou voie nasale, en cours d'évaluation).

En savoir plus :

Les indications et contre-indications sont les mêmes que chez la femme non diabétique.

Le problème posé est le même en cas de diabète de type 1 ou de type 2 : c'est celui du risque cardio-vasculaire.

On ne peut actuellement affirmer que le THS a un effet bénéfique sur ce risque. Aussi, ne peut-on plus, actuellement, prescrire un THS dans le but de diminuer la mortalité cardio-vasculaire.

Le 17 β oestradiol, quelle que soit la voie d'administration, semble améliorer la tolérance au glucose : les oestrogènes ne sont donc pas une contre-indication au THS chez la femme diabétique.

Le choix des progestatifs va vers les progestatifs non androgéniques.

Le THS par voie orale diminue le LDL, augmente le HDL et augmente les triglycérides. Par voie per-cutanée les effets lipidiques sont quasi négligeables mais les risques thromboemboliques seraient peut être moindres.

Chez la femme dialysée on peut discuter, au cas par cas, avec le néphrologue, l'indication d'un THS par voie cutanée à très faible dose afin de limiter l'ostéoporose à laquelle l'insuffisance rénale expose déjà la femme.

L'indication du THS va se discuter, comme chez la femme non diabétique, en fonction des signes fonctionnels (confort), du risque d'ostéoporose, de phlébite et de cancer du sein.

Une fois l'indication du THS établie, le traitement sera mené comme chez la femme non diabétique.