

DIABETE GESTATIONNEL

Intérêt d'un programme d'éducation
thérapeutique du patient



F.PACHY, J. PLANA



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Définition

- OMS:

« Trouble de la tolérance glucidique de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et l'évolution dans le post partum ».

- Dépistage T1 : GAJ $\geq 0,92$ g/L

- Dépistage 24-28SA : HGPO

H0 $\geq 0,92$ g/L

H1 $\geq 1,80$ g/L

H2 $\geq 1,53$ g/L

Dépistage oui/non ? Systématique ou ciblé ?

- CNGOF, RPC 2010
 - Morbidité maternelle et néonatale
- OUI**
 - Efficacité démontrée de la prise en charge (grade A)
 - Caractère acceptable des effets adverses du dépistage et de la prise en charge.
- CNGOF, RPC 2010
 - dépistage sur facteurs de risque
 - Âge ≥ 35 ans, IMC ≥ 25 Kg/m², ATCD diabète 1^{er} degré, ATCD perso de DG ou enfant macrosome



COMPLICATIONS

Anomalies de l'insulinorésistance et de l'insulinosécrétion

Hyperglycémie maternelle

*Excès de prise de poids
HTA, PE, éclampsie*

*Déclenchement
Césarienne
DT2*

Hyperinsulinisme foetal

Macrosomie
Malformations
Cardiomyopathie
hypertrophique
Excès de LA

Hypoglycémie
Hypocalcémie
Polyglobulie,
hyperbilirubinémie
SDR, transfert néonatal

Données SFD 2014 (1)

- Prévalence 6,4% (51.701 patientes)
- Âge moyen 32 ans vs 29,5 ans
- Taux de macrosome 9% vs 6,6% (OR 1,72)
- Taux de césarienne 29,1% vs 19,8% (OR 1,46)
- Éclampsie 2,4% vs 1,5% (OR 1,55)
- Pas d'augmentation
 - Malformation cardiaque
 - Lésion plexus, fracture clavicule
 - Asphyxie périnatale et décès NN

Données SFD 2014 ***diabètes préexistants***

Diabète type 1

- Prévalence 0,16%
- Taux de complications
 - macrosomie 16,4% (6,6%)
 - PDN > 90^{ème} p 42,5% (9,4%)
 - césarienne 57,7% (19,8%)
 - éclampsie 9,2% (1,5%)
- Malfo cardiaque OR 4,41
- Prématurité OR 6,61
- Lésion plexus OR 7,34
- SDR OR 2,61
- Asphyxie périnatale OR 3,31

Diabète type 2

- Prévalence 0,24%
- Taux de complications
 - macrosomie 13,4% (6,6%)
 - PDN > 90^{ème} p 30,4% (9,4%)
 - césarienne 42,1% (19,8%)
 - éclampsie 5,9% (1,5%)
- Malfo cardiaque OR 3,2
- Prématurité OR 3,87
- Lésion plexus OR 2,7
- SDR OR 1,91
- Asphyxie périnatale OR 2,46



Hôpitaux de
Saint-Maurice

PRISE EN CHARGE

- Suivi hygiéno-diététique
- ASG x 6/jour
- Echographies
- Insulinothérapie si besoin

EDUCATION DE LA PATIENTE

Effacité de la prise en charge

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JUNE 16, 2005

VOL. 352 NO. 24

Nombre de patiente à traiter:

34

Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes

Caroline A. Crowther, F.R.A.N.Z.C.O.G., Janet E. Hiller, Ph.D., John R. Moss, F.C.H.S.E.,
Andrew J. McPhee, F.R.A.C.P., William S. Jeffries, F.R.A.C.P., and Jeffrey S. Robinson, F.R.A.N.Z.C.O.G.
for the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group*

- ↘ complications périnatales sévères (mort périnatale, dystocie, paralysie, fracture)
- ↘ poids de naissance et du pourcentage d'enfant macrosomes
- ↗ taux de déclenchement sans majoration du taux de césarienne



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Education thérapeutique du patient

Diabète gestationnel

Objectifs

- Après la séquence d'éducation, les patientes doivent être capable
 - Comprendre les enjeux pour elles-mêmes et leurs enfants
 - Acquisition de compétence d'auto soin
 - Adapter leur alimentation dans ce cadre
 - Connaître les objectifs glycémiques pour éviter les complications périnatales
 - Renforcer l'acceptation de la maladie et améliorer la qualité de vie.



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Revue de littérature

Connaissances des patientes

Gregoire et al *diabetes and metabolism* 2014

	J1	J15
Identifier repas équilibré	38%	84%
Glucides et boissons autorisés	67%	85%
Déconseiller grignotages	92%	
Collations équilibrées possibles	70%	88%
Conseils difficile à mettre en place		30%
Sensation de faim		56%

Connaissance globales amélioré de 32% à J15

Le point de vue des soignants

Baillot-Rudoni et al *diabetes and metabolism* 2014

- HDJ collectif « diabète gestationnel »
- 6 à 8 patientes toutes les 2 semaines
 - Bilan biologique non à jeun
 - Ateliers de groupe: le DG, l'autosurveillance
 - Prise en charge diététique
 - Repas en groupe puis glycémie capillaire
- 97% de taux d'occupation
- Frein: barrière linguistique

DIAMAT – Midi-Pyrénées (1)

Bertrand et al *Diabetes and metabolism* 2007

	CHU n=86	Sites régionaux n=295	p
Non caucasiennes	23,6%	33,3%	0,017
BMI	26 +/- 5,7	23,9 +/- 4,5	0,001
surpoids	44,2%	31,1%	0,03
âge	32,2 +/- 5,3	32,4 +/- 5	ns
parité	0,86 +/- 1,05	0,9 +/- 1,07	ns
HTA gravidique	2,4%	3,1 %	ns

Projet multicentrique régional DIAMAT

Projet DIAMAT – Midi Pyrénées (2)

*p<0,01

** p< 0,03

Bertrand et al *Diabetes and metabolism* 2007

	Eduquées	Non éduquées
Auto surveillance	70,1%	39,4% *
insuline	29,9%	18,2%
Dose insuline en fin de grossesse	26,5 +/- 17,9	42,8 +/- 23,7 **

	Éduquées	Non éduquées	p
parité	0,86 +/-1,05	1,47 +/- 1,75	0,008
HTA gravidique	2,4%	9,1%	0,069
prématurité	3,6%	15,4%	0,03
Complications des suites de couche	3,5%	16,7%	0,005

Take home message !

- Importance de l'auto soin
- Supériorité de la prise en charge type ETP
- Prise de conscience des patientes pour l'avenir
- Formule « clé en main » pour vos patientes