

# DIABÈTE ET GROSSESSE : A PROPOS DE 45 CAS

RACHDI R. - MESSAOUDI L. - HAJJAMI R. - FEKIH M.A. - CHIBANI M.  
GUEDDICHE N. BRAHIM S.  
SERVICE DE GYNECOLOGIE - C.H.U. MONASTIR.

## RESUME

Les auteurs rapportent une étude rétrospective à propos de 45 cas d'association de diabète et grossesse.

30 patients étaient connus diabétiques avant la grossesse.  
15 présentaient un diabète gestationnel.  
Les antécédents familiaux de diabète sont retrouvés dans 88% des cas.  
Les antécédents d'avortement dans 66% des cas et de macrosomie foetale dans 19% des cas.  
La grossesse était régulièrement surveillée dans 40% des cas.  
Le taux de prématurité était de 17,8 %.  
La survenue d'une HTA gravidique est notée dans 11% des cas.  
Le taux de césarienne est de 17,5 %  
Le taux de mortalité périnatale est de 6,6 %.

## SUMMARY

The authors present a retrospective study about 45 cases of pregnancy with diabetes. 30 patients had diabetes before pregnancy. 15 patients had gestational diabetes. Familial history of diabetes was found in 88% of cases and abortion history in 66%. Pregnancy was well followed at 40% of patients.

Prematurity rate was 17,8% ; Preeclampsia was noted in 11% of cases ; Cesarean section was done in 17,5% ; Perinatal mortality was 6,6%.

Courrier à adresser au Dr RACHDI R.  
Hôpital Militaire Principal  
d'Instruction de Tunis  
1008 TUNIS

## INTRODUCTION :

L'association diabète et grossesse représente une situation gestationnelle à très haut risque. L'avènement de l'insulinothérapie a totalement transformé le pronostic de cette association.

La fécondité des femmes diabétiques devient identique à celle des femmes non diabétiques et la mortalité maternelle a complètement disparu.

Nous cherchons par cette étude à propos de 45 femmes diabétiques ayant accouché à la maternité de l'hôpital de Monastir, à évaluer le chemin parcouru par les diabétologues, les obstétriciens et les pédiatres, à mettre en valeur quelques points pratiques qui pourraient contribuer dans l'avenir proche à améliorer la prise en charge de la femme diabétique enceinte.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Nous proposons une étude rétrospective à propos de 45 cas de diabète et grossesse, suivis à la maternité de Monastir sur une période s'étalant du 1<sup>er</sup> Janvier 1986 jusqu'au 30 Décembre 1989.

Nous avons étudié :

- Les circonstances de découverte du diabète ;
- Les éléments de surveillance ;

- Le traitement ;
- L'accouchement ;
- Le nouveau-né.

## Résultats :

Pendant cette période, 45 cas d'associations diabète et grossesse ont été recueillis.

Dans 30 cas, le diabète est connu avant la grossesse et dans 15 cas il s'agissait d'une découverte au cours de la grossesse.

1° Répartition des patientes selon la classification de P WHITE :

Classe	Nombre de patientes	Fréquence	Thèse de 120 cas C.H.U. SOUSSE
A	15	33%	40%
B	22	49%	50%
C	3	7%	7,5%
D	4	9%	1,66%
F	0	0%	0%
R	1	2%	0,84%

La plupart de nos patientes appartiennent à la classe B.

2°/ L'âge :

L'âge varie entre 20 et 45 ans, et dans 70% des cas il se situe entre 25 et 35 ans.

Age	Nombre	fréquence
25 ans	5	11%
25 - 30	13	29%
30 - 35	15	34%
35 - 40	6	13%
40 - 45	5	11%
45 - 50	1	2%

#### Répartition des âges

3°/ La parité :

Nos patientes sont essentiellement des multipares, les pancipares sont fréquentes dans la classe B.

	1	2	3	4	5
A	-	2	2	3	8
B	2	8	2	2	8
C	2	-	1	-	-
D	-	-	-	-	4
R	-	-	-	1	-
Total	4	10	5	6	20

#### Répartition des parités selon les classes White.

4°/ Les circonstances de découverte :

Les 2/3 de nos patientes ont un antécédent de fausse couche et dans 20% des cas il existe un antécédent de macrosomie foetale.

ATCD familiaux	40	88%
Avortement	29	64%
MIU	8	17%
Mort néo-natale	4	8,8%
Macrosomie foetale	9	19%
Accouchement prématuré	1	2%

#### Répartition selon les antécédents

Au cours de la grossesse, les signes d'appel ont été essentiellement la macrosomie foetale, l'hydramnios, la menace d'accouchement prématuré et l'HTA gravidique.

Glycémie à jeun pathologique	40	89%
Hypoglycémie	2	4,5%
HTA gravidique	5	11%
Hydramnios	8	18%
Macrosomie	16	35,5%
Malformation	1	2%

M.F.I.	3	7%
M.A.P.	6	13%
Infection urinaire	10	22%

#### Répartition selon les complications gravidiques

5°/ La surveillance foeto-maternelle

Notre attitude est :

- d'hospitaliser la patiente en début de grossesse pour faire un bilan initial et instaurer une thérapeutique appropriée, et surtout l'éduquer car elle est la clé du problème pronostic (régime, autosurveillance);
- de la suivre ensuite en consultation prénatale et de diabétologie;
- de l'hospitaliser systématiquement en fin de grossesse à partir de 34 S.A. pour établir le pronostic de l'accouchement et sa date.

### RÉSULTATS

La qualité de cette surveillance était médiocre en effet 40% des patientes ont été bien surveillées.

a) L'équilibre du diabète : il est basé sur le cycle glycémique et les signes de retentissement maternel et foetal. En fonction des résultats, une thérapeutique est décidée, nous préconisons soit un régime soit une insulinothérapie.

	Nombre	Taux
Bien équilibré	15	33%
Moyennement équilibré	11	24,4%
Mal équilibré	19	42%

#### Équilibre du diabète

Nous remarquons le taux élevé des diabètes mal équilibrés essentiellement par l'indiscipline des patientes.

b) La surveillance foetale :

- La courbe des mouvements actifs a été établie chez toutes les patientes;
- L'échographie réalisée chez 28 patientes;
- Malheureusement nous ne disposons pas d'un appareil d'enregistrement du rythme cardiaque foetal, ni d'un doppler.

Résultats	Nombre	Taux
Grossesse normale	9	32%
Hydramnios	8	28,5%
M.I.U.	2	7%
Macrosomie	16	5%
Malformation	1	3,5%

#### Résultats de l'échographie

On remarque le taux élevé des macrosomies : 57%. Ceci s'explique toujours par l'indiscipline des patientes qui consultent le plus souvent tardivement avec un diabète mal équilibré.

6°/ L'accouchement :

Dans notre série, nous avons 8 accouchements prématurés soit un taux de 17,8%. Sur ces 8 accouchements prématurés, on note 3 M.F.I.U., 2 pour diabète mal équilibré, 2 pour R.P.M. et 1 pour anencéphalie.

a) Mode d'accouchements

Dans 65% des cas, l'accouchement a été spontané. Nous avons déclenché le travail dans 7 cas, le taux de césarienne est de 17,5%.

Le déclenchement du travail se fait en dehors de ses contre indications, à 40 semaines d'aménorrhée en l'absence de complications, et 38 semaines d'aménorrhée si le diabète est mal équilibré ou bien en présence d'une hypertension artérielle, ou macrosomie foetale ou hydramnios.

b) les indications de césariennes :

Elle sont affichées sur le tableau suivant :

Indications	Nombre	Taux
Diabète déséquilibré + S.F.	1	2,2%
Siège + S.F.	1	2,2%
Diabète déséquilibré + dystocie dynamique	1	2,2%
Proevia recouvrant	1	2,2%
Echec de déclenchement	3	6,6%

Les indications de césariennes

### Le nouveau-né :

Le nouveau-né du fait des risques de complications néonatales, est pris en charge et hospitalisé de façon systématique dans le service de néonatalogie de l'hôpital de Monastir.

Nous avons 5 M.F.I.U. et 5 prématurés.

Sur les naissances vivantes : 19 étaient des macrosomes soit un taux de 47.5%.

### Morbidité :

Dans cette série, on note 3 malformations foetales plus ou moins complexes, 6 cas de détresse respiratoire.

Les complications métaboliques sont rencontrées dans 7,5%.

### Mortalité périnatale :

3 nouveaux-nés sont décédés dans les 48 heures de vie : dans 2 cas il s'agissait de troubles métaboliques sévères.

## COMMENTAIRE

La grossesse chez la diabétique est à haut risque. Le diabète peut être antérieur à la grossesse ou découvert pour la première fois au cours de celle-ci.

Ce diagnostic repose sur des facteurs de risque et des signes d'appel au cours de la grossesse.

a) Les facteurs de risque :

- L'avortement spontané est fréquent chez les diabétiques, ceci s'explique essentiellement par les ovopathies. Le taux des avortements varie entre 20 et 25% selon les auteurs : TCHOBROUSKY (9) : 20% NELSON : 21%, VARNER : 22%, 64% de nos patientes ont eu au moins un avortement dans leur antécédent.

- La M.I.U. réalise la complication la plus redoutable de la grossesse chez la diabétique. Son taux est de 25%, ZOUARI : (10).

- Macrosomie foetale : est retrouvée dans 20% des cas et se voit essentiellement chez les diabétiques de la classe A de WHITE.

b) Les signes d'appels au cours de la grossesse : dominés essentiellement par :

- L'H.T.A. gravidique : qui voit sa fréquence augmenter chez les diabétiques. Elle constitue un signe de mauvais pronostic foeto-maternel. Ceci est partagé par tous les auteurs : le taux est de 30% dans la série de BRAHIM Hassen (2), et de 7,58% pour DIDIBE (8). Ceci nous a amené à dépister le diabète de façon systématique chez toute toxémique.

- L'hydramnios : peut être un élément de mauvais pronostic foetal, accompagnant soit une malformation foetale soit une macrosomie. PEDERSON (6) le considère comme un élément aggravant nettement le pronostic. CHAVINIE (3) le considère comme un facteur annonçant la mort foetale imminente.

- Les infections surtout urinaires sont fréquentes, expliquées par la baisse de l'immunité chez la diabétique. Elle est retrouvée dans 22% des cas, 40% pour PETER (7).

- La mort in utero est fréquente elle aussi. Il s'agit de mort subite du 3<sup>ème</sup> trimestre due surtout à des malformations ou des hypoglycémies.

PEDERSON relie le risque de M.I.U. à l'ancienneté du diabète et ses complications de lésions dégénératives, il en est de même si ce diabète était mal connu et mal équilibré.

- la macrosomie foetale : fréquente, surtout quand le diabète est très mal équilibré et découvert tardivement au cours de la grossesse. Le foetus gagne du poids essentiellement au 3<sup>ème</sup> trimestre.

Le diabète diagnostiqué nécessite une surveillance materno-foetale, avec un traitement.

La surveillance maternelle repose sur le cycle glycémiqum sous régime et/ou insulinothérapie. De même qu'un bilan de retentissement cardiaque, rénal, oculaire et neurologique.

La surveillance foetale repose sur le compte des mouvements actifs foetaux, l'échographie, le Doppler et l'enregistrement du R.C.F. Le compte des M.A.F. a été réalisé chez toutes nos patientes, l'échographie a été réalisée dans presque 50% des cas ceci dénote de l'inconscience des patientes qui, malheureusement, ne consultent pas de façon régulière. L'échographie permet de diagnostiquer les malformations foetales, et les complications gravidiques à savoir la macrosomie et confirmer un éventuel hydramnios.

- L'accouchement :

La prématurité est pour tous les auteurs, fréquente chez la diabétique, le taux varie de 11 à 20%.

La voie basse est acceptée sauf s'il n'y a bien sûr une contre indication. Nous déclenchons le travail dès la maturité si le diabète est déséquilibré ou s'il existe une complication gravidique, sinon nous attendons les 39-40 S.A.

Le taux de césariennes est lui aussi augmenté, notre taux est de 17,5%, les complications de la délivrance surtout l'hémorragie de la délivrance est assez fréquente : 6,6%; l'inertie utérine étant la principale étiologie.

Le nouveau-né peut risquer :

- Les malformations dont la fréquence est de 5-6% pour PEDERSON (6), et de 11% pour BOUQUIER (1). Ces malformations sont multiples et touchent : le squelette : 37% le cœur : 24%, l'appareil génito-urinaire : 14,5%.

- La macrosomie dont le taux est de 54,5% pour la série BRAHIM (2) et de 47,5% pour notre série.

- Les troubles métaboliques : surtout l'hypoglycémie 5%, et l'hypocalcémie 2,5%, Ce taux est de 20% pour FRANÇOIS (4).

- La mort néonatale due soit à une malformation, soit à la prématurité avec le risque de détresse respiratoire rarement un trouble métabolique.

## CONCLUSION

L'association diabète et grossesse constitue une pathologie gravidique à haut risque essentiellement foetal.

Les femmes diabétiques enceintes doivent consulter régulièrement, afin d'établir un pronostic foetal et maternel et d'éviter les complications par un bon équilibre du diabète.

Le diabète devrait être équilibré avant même la conception pour diminuer le risque d'avortement.

L'espacement et la limitation des naissances sont vivement souhaités chez ce type de patientes.