

AVIS

Consultation des Guides cliniques en obstétrique-gynécologie au CHU Sainte-Justine.

Ce guide a été rédigé par un médecin spécialisé en médecine fœto-maternelle et révisé par une équipe de professionnels spécialisés afin que son contenu soit le plus exact, pratique et utile au quotidien pour le personnel soignant la clientèle obstétricale.

Le contenu de ce guide reflète la pratique actuelle aux unités obstétricales du CHU Sainte-Justine. Ces pratiques sont sujettes à changement avec la publication de nouvelles données scientifiques, l'accessibilité à de nouveaux traitements et l'adoption ou la modification de lignes de conduite basées sur la disponibilité des preuves scientifiques. Considérant ces changements et les possibilités d'erreur de rédaction, ni les auteurs, réviseurs et contributeurs, ni le CHU Sainte-Justine ne garantissent que l'information contenue au présent guide soit exacte, complète et exempte d'erreurs.

Ce guide a été développé à l'unité d'obstétrique du CHU Sainte-Justine, un centre canadien qui soigne des patientes en situation de grossesse. Les recommandations qui y figurent peuvent ne pas convenir à d'autres milieux dont la clientèle, le mode de fonctionnement et les équipements de surveillance peuvent être différents. L'auteure, les réviseurs et les contributeurs du guide ne pourront en aucun temps être tenus responsables de conséquences découlant de l'utilisation de l'information publiée dans ces guides. Les recommandations proposées ne doivent en aucun cas remplacer le jugement clinique de chaque professionnel dans les soins individualisés, en tenant compte des technologies disponibles. La dose prescrite, le mode d'administration et les éléments de surveillance du traitement doivent toujours être adaptés au patient et à sa condition.

GUIDE CLINIQUE: Diabète pré-existant ou gestationnel



Généralités et définitions

Diabète de type 1 et type 2 :

Diabète pré-existant

Diabète précoce :

Diagnostiqué en début de grossesse, indication de 75g précoce
HBAIC \geq 6%

Indications de 75g. précoce (au premier rendez-vous):

Antécédents familiaux de diabète type 2 (parents du 1er degré)
Antécédents de diabète gestationnel
Antécédents de macrosomie fœtale (>4kg)
Antécédents du syndrome des ovaires polykystiques
Obésité maternelle IMC > 30kg/m²
Prise de corticostéroïdes (prednisone, cortef, décadron ect.) à des doses supraphysiologiques, à long terme.

Diabète gestationnel sous insuline

Diabète diagnostiqué en grossesse et traité avec insuline

Diabète gestationnel sous diète

Diabète diagnostiqué en grossesse et traité seulement avec diète

Prise en charge: Suivi GARE

Diabète type 1 et 2 pré-existant et diabète précoce (HBAIC \geq 6%)**ÉCHOGRAPHIE**

Écho cardiaque fœtale vers 20-22 semaines

Écho de croissance à 32 semaines

Si atteinte des organes cibles ou antécédents de maladie hypertensive ou microangiopathies, considérer échographie additionnelle à 28-30 semaines

Si EPF ou CA \geq 90 ième percentile à 32 semaines, une échographie supplémentaire à 36 semaines est recommandée.**NST**

NST à chaque semaine, débuter à 32 semaines, en fonction des comorbidités

La fréquence des NST pourra être modifiée selon le nombre d'unités ou les besoins en insuline, le contrôle du diabète et/ou l'échographie de croissance, à la discrétion du médecin consultant (GARE/MIGO). Les facteurs de risque principaux de mort in utero dans cette population sont :

- 1) un contrôle sous-optimal des glycémies avant et pendant la grossesse 1-2,
- 2) une rétinopathie diabétique présente avant la grossesse,
- 3) une suspicion de macrosomie fœtale, un polyhydramnios et
- 4) la présence de comorbidités supplémentaires (ex: HTA, AMA, obésité maternelle, RCIU, ATCD de MIU, etc).

INDUCTION	
Entre la 37 ^{ième} 0/7 et 38 ^{ième} 6/7 semaine	
CÉSARIENNE	
À discuter si EPF au jour prévu de la naissance est > 4500g	
Diabète gestationnel sous diète ou insuline	
ÉCHOGRAPHIE	
Échographie de croissance à 32 semaines	
Si lors de l'échographie de croissance de 32 semaines, la circonférence et/ou le EPF \geq 90 ième percentile, une deuxième échographie de croissance à la 36 ^{ième} semaine sera prévue	
Si une échographie est requise à 36 semaines, acheminer la requête en radiologie ou au centre ante-natal	
NST	
DG Diète	DG Insuline
Chaque semaine à partir de 36 semaines seulement si échographie de 32 semaines démontre une EPF ou circonférence abdominale \geq 90 ^{ième} percentile, tout en tenant compte des comorbidités	Chaque semaine à partir de 36 semaines. La fréquence des NST pourra être modifiée selon le nombre d'unités ou les besoins en insuline, le contrôle du diabète et/ou l'échographie de croissance, à la discrétion du médecin consultant (GARE/MIGO)
INDUCTION	
DG Diète	DG Insuline
Comme post-datisme pour une grossesse sans DG \geq 41 semaines. Induction envisageable à partir de 38 semaines si EPF ou circonférence abdominale \geq 90 ^{ième} percentile à l'échographie de 36 semaines	Au plus tard à 40 semaines, au plus tôt à 38 semaines (idem pour hypoglycémiant oraux)
Les DG précoces seront traités comme un DG diète ou DG insuline diagnostiqué entre la 24 ^{ième} et la 28 ^{ième} semaines et pourraient bénéficier d'une HBA1C	