

Diabète gestationnelle résumé conférence Mauricie avril 2011

150 à 175g glucide par jour

1^{er} trimestre 0-100 calories

2^{er} trimestre + 340 calories

3^e trimestre +450 calories

Tendance nette hypo

À jeun 4,3 pc 5,4

14 semaines + résistance= augmentation des doses

Top à 30 semaines proche accouchement = chute, subite= oups c'est le temps de l'hôpital!

Pré conception

Arrêt rx , statine, ACE,ARA, BRA, passage à insuline, ctrl des glycémies, dépistage des complications (rein, yeux, revue au 1^{er} trimestre). Débuter folates die 5 mois avant.

Hyper

Asphyxie néonatale

Mortalité

Malformation

Hypertension mère

Césarienne

Pré-éclampsie

Macrosomie

Hypo

Hypocalcémie, magnésie, polycythémie (aug globule rouge bb)

Taux de malformation

2,8% patient non DB versus 3,9% DB

A1c à 7,8%= 4,9% chance

8,8%=5% chance malformation

11%= 1 chance sur 9!

En haut de 8,4% A1c grossesse contre indiqué!

Test de dépistage 75g de glucose (pas 50) am entre 3,8 et 5,2 pc 5 à 6,6

Jamais de pré-mélanges 30/70 ou autres

Metformin traverse placenta= risque éclampsie, mortalité prématuré augmenté versus insuline.

Solution= ctrl avec pompe pour stabiliser au max avant grossesse

Hypo en cours de grossesse

Pas de réponse de contre balance= direct

Perte de sensibilité des signes

Risque sévère 1^{er} trimestre

AUCUN EFFET SUR LE FŒTUS!

Allaitement

Metformin et glyburide transféré au bb léger

Continue insuline pas Lantus ou Levemir avec grossesse pas d'étude!

Pour l'enfant :

+ risque obésité risque à 7 ans

X2 type II ado!

DB Gestationnel

X7 chance que normal d'avoir DB II en moins de 10 ans

Repasser un 75g glucose entre 6 semaines et 6 mois après accouchement