

Vécu du DG : paroles de patientes et de soignants

Willy Lebreton (MSP Artémis - St Denis)

Pascale Sindt (sage femme Ravine des Cabris)

Maryse Pholséna (Endocrinologue - St Pierre)

Paroles de patientes

à travers une trentaine de
Questionnaires avec 5 questions
ouvertes :

par téléphone (mp) - mail (wl)- ou en
face à face (ps),

vécu du DG : pendant la grossesse

1 quels sont vos souvenirs?

mauvais souvenir, j'ai beau chercher aucun bon souvenir - anxiété / état de santé du bb : sera t il diabétique?, quelle conséquence aura l'insuline sur lui?-entourage aidant notamment le conjoint - au contraire, beaucoup de pression de l'entourage : constamment surveillée surtout par le conjoint

2- difficultés rencontrées?

envie insatisfaite - frustration alimentaire, culpabilité ++ surtout si on craque!, adoption d'un nouveau mode de vie alimentaire et physique, piqûres plusieurs fois par jour, tous ces rv : diabéto gynéco et aussi diabéto gynéco à l'hôpital

tellement frustrée : j'ai cachée un gros paquet de m&m's dans ma valise pour l'hôpital pour après l'accouchement,

3 - quelles solutions avez vous trouvées?

entretien avec la diét ou sf ou diabéto pour explications et conseils, ça rassure, s'accorder un petit plaisir de temps en temps,

ma fille - mon fils (de 12 - 6 ans) ma collègue, mon copain, mon beau père m'aident à faire la piqure, je regarde pas,

vécu du DG : après la grossesse

1- impact sur la vie de tous les jours?

achat de produits moins gras et moins sucrés -
bienfait des conseils sur l'alim et ap gardé en
mémoire, permet d'éduquer les enfants,

j'achète du light pour les enfants

2 - quelle surveillance médicale?

aucune, j'ai trop peur d'avoir le diabète

suivi par médecin traitant

surveillance du poids,

beaucoup de pression durant la grossesse, et à
l'accouchement "pffui...", plus rien", on devrait
nous rappeler à 3 mois sinon on ne se rend pas
compte du temps qui passe.

Paroles de soignants

Biologistes (1)
Diabéto (3)
Gynéco - obst (3)
Pharmacien (3)
Sage femme (5)
Médecin généraliste (3)

Questionnaire avec 5 questions
ouvertes (tél ou mail)

Paroles de soignants

Diabéto : 3 -> 10/ semaine

évolution / 10 ans : phénotype mince sans FdR

satisfaction : la plupart contente d'apprendre à mieux manger et profite à la famille

Difficultés - doutes : contraintes : des GC - doute sur le caractère "intrusif" de la cs de la mémoire

suivi : hgpo 75g systématique ou courrier mt pour gäj hba1c ou prescription pour cs à 3-6 mois PP

Amélioration des pratiques : capteur de glucose type freestyle libre flash* - suivi par outils type My Diabby* et facturation du temps passé

Gynéco- Obstétriciens : 4 -> 10/ semaine

évolution / 10 ans : situations obstétricales compliquées anticipées, moins d'hydramnios et macrosomie

satisfaction : travail en multi-pro - (difficultés avec mg-dt2), mode de vie amélioré → application pour soi,

Difficultés - doutes : annonce difficile - effondrement, "suis - je une bonne mère"? recours psy - AS, si mal éq, doute sur ça marche pas ou pb de compliance?, 0g92 n'est-ce pas trop bas? --> pec impact psychologique, y a t-il moins de plexus brachial, moins de MFIU inexplicée?

suivi : relai diabéto ou mt ou prescription pour gäj hba1c

Amélioration des pratiques : amélioration des planning → suivi personnalisé souhaité, difficultés avec mg- dt2,

Paroles de soignants

Sage -femmes : 1 - 4/ semaine

évolution / 10 ans : moins de déclenchements qu'avant,

satisfaction : perte de poids en PP - et prochaine G. hgpo normale - intervention plus importante (gestion des lecteurs et objectifs thérapeutiques) - grâce à nous, les patientes s'occupent davantage d'elles.

Difficultés - doutes : difficulté des milieux défavorisés, n'ose pas parler de leur alim., reformulation : qu'avez vous compris? - manque de cohésion ville-hôpital suivi SF? HdJ? MG? **suivi** : aide à l'allaitement et rééduc périnatale, suivi du poids, en général ne veulent plus entendre parler du D.

Amélioration des pratiques : adressage plus précoce (entretien pré-natal 4ème mois), surveillance des grossesses à risque à domicile ou au cabinet

Médecins généralistes : 0 -1/ mois

satisfaction : oui, souvent cycle glycémique normaux avec des conseils simples, patientes plus informées sur le D.

Difficultés - doutes : non → adressé au diabéto si c'est le cas - en ville: préférence de la patiente vers gynéco - sf, ne les revoit plus, (regret), davantage impliqué en zone rurale, "difficile d'informer sans inquiéter inutilement"

suivi :

Amélioration des pratiques : souhaiterait davantage s'impliquer, mais peu de patientes → donc peu de formations, à choisir préférera la formation sur les lombalgies chroniques par ex

Paroles de soignants

Pharmaciens : 1 - 3 / mois

satisfaction : patiente davantage concernée que les patients tout venant

Difficultés - doutes :

suivi : peut relayer les messages de prévention en pp → poids - alimentation - sport santé,

Amélioration des pratiques : souhaiterait pouvoir choisir le lecteur de glycémie - juge de leur ressort de montrer l'utilisation aux patientes → permet d'assurer le sav (pile etc)

biologistes

Retard de prise en charge par biologie non reçue - non lue - non comprise
 Reunilab : si l'état de grossesse est signalé par la patiente ou déduit de l'ordonnance → code d'alerte
 normes spécifiques pour la gaj et fax au prescripteur

Le vendredi 4 novembre 2016

		Valeurs de référence	Antériorités
Chimie générale (Échantillon primaire : sang)			
✓ Glycémie à jeun	5,72	mmol/L	24/01/15
Spectrophotométrie d'absorption-HK/G6PDH/Roche (W,M)	1,03	g/L	5,32
		4.10 à 5.10	0,96
		0.74 à 0.92	

-> Diabète gestationnel. La glycémie est supérieure à la limite des valeurs usuelles pour une femme enceinte, mais inférieure au taux O.M.S du diabète.

La prise en charge passe par :

- 1-le suivi diététique déterminé individuellement selon l'IMC préconceptionnel, la prise de poids gestationnelle et les habitudes alimentaires.
- 2-l'auto surveillance glycémique.
- 3-l'activité physique régulière (30 mns 3 à 5 fois) hebdomadaire.
- 4-l'insulinothérapie en dernier lieu, si la glycémie ne descend pas
 - . sous 5.27 mmol/L (0.95 g/L) à jeun
 - . sous 6.66 mmol/L (1.20 g/L) à 2 heures d'un repas.

V. Raverot H.C.Lyon- D. Giraud Vinay Reunilab - JC Maiza CHU sud - M. Pholséna : les normes du bilan thyroïdien en fonction des trimestres de grossesse

Hormonologie

Échantillon primaire : sang

Valeurs de référence

Antériorités

Thyroïde

✓ Renseignements reçus du patient

✓ Dosage(s)

✓ T.S.H. ultra-sensible **0,10** mUI/L *Voir le tableau ci-dessous* 13/02/16
ECL-ECL / sandwich/Roche (W,M). 1,01
Variations nyctémérales -> instabilité : suivre les dosages aux mêmes heures.

Seuils femme enceinte	Trimestres de grossesse	Taux
	Premier	0.1 à 2.5 mUI/L
	Second	0.2 à 3.0 mUI/L
	Troisième	0.3 à 3.0 mUI/L

Envisager une hyperthyroïdie en deçà et une hypothyroïdie au-delà de ces valeurs.
TSH basse en diminution, en faveur d'une hyperthyroïdie (euthyroïdie antérieure)

Interprétation de l'exploration thyroïdienne

-Chez une femme enceinte, évoquer la thyrotoxicose gestationnelle transitoire au début de grossesse avec ou sans hyperémésis gravidarum (vomissements incoercibles en début de grossesse, surtout au premier trimestre)

Sinon bilan en faveur d'une hyperthyroïdie (imprégnation excessive des hormones thyroïdiennes):

Voir le dosage de T4L et/ou T3L et confronter à la clinique.

En l'absence de traitement :

-Investigation immunologique (autoAc TPO,TG,(TRAC= anticorps antiTSH positif en Basedow, négatif pour le nodule chaud)

-Investigation iodée,

-Investigation scintigraphie.

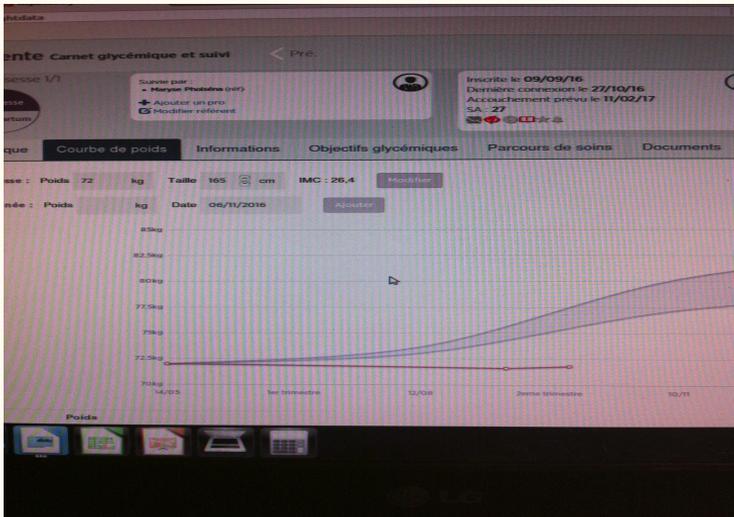
Causes possibles:

-Antécédents d'hyperthyroïdie, hyperthyroïdies nodulaires ou diffuses, virale/ De Quervain.

-Médicaments: entraînant Hyperthyroïdie ou Hypothyroïdie: Amiodarone, Lithium, Interféron alpha, prise subreptice de T3L ou CYNOMEL (dosage de T3L augmenté), prise subreptice de TRIATRICOL

-Stades précoces de pathologie thyroïdienne: hyperthyroïdie fruste.

conclusion (1)



les doutes?

dépistage : pas de doute sur le seuil de 0g92, +/- objectif thérapeutiques

suivi : selon profil - peut être alléger

la crainte : restriction alimentaire et petits poids de naissance, conséquences à terme?

conclusion (2)

Prise en charge multidisciplinaire effective

Formation commune pour discours homogène

Nouveaux critères DG → bcp de cs rapides, difficulté d'organisation

Parcours POST - DG à construire

Transition vers la **Médecine Générale**

renforcée avec l'apport des sciences humaines et la formation à l'ETP des PS

risque d'obésité dans l'enfance **mais PAS de sur risque de diabète**

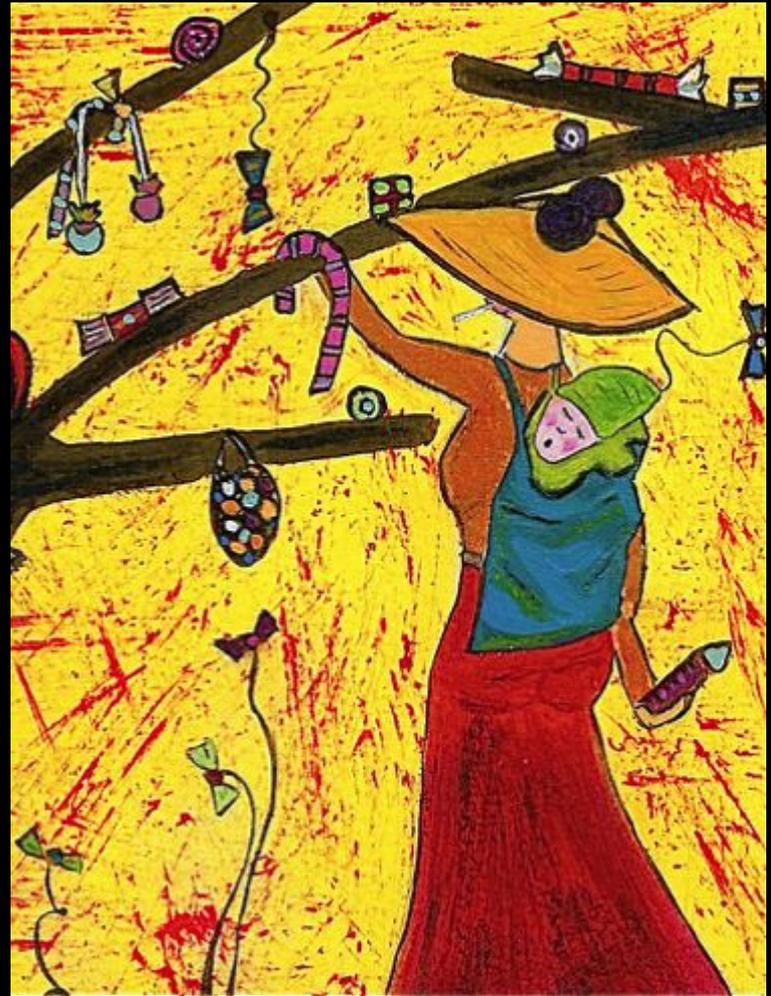
déléguer vers PS de proximité : **pharmacien** et sf :
“lecteur bandelettes et lancettes pour 4-6 gc/j”

sages femmes : SF9 : “surveillance de grossesse à risque à domicile ou au cabinet” -

séances etp dédiées (nord est) - Artémis - **sport santé**
“poussette” -

diagnostic DG et suivi post DG : un courrier au minimum, une étude clinique pour le suivi?

Merci



*“Les Dames, post accouchement”
Dessin de V. Rizzi, 2015*