



COMMENT DEPISTER ET PRENDRE EN CHARGE LE DIABETE GESTATIONNEL

Diabète gestationnel (DG): Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse (OMS).

Comprend 2 entités distinctes:

- ⇒ Diabète patent, le plus souvent de type 2, préexistant et méconnu avant la grossesse
- ⇒ Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse et disparaissant en post-partum

Prévalence: 2 à 6% des grossesses.

Risque accru :

- ⇒ de prééclampsie
- ⇒ de césarienne

Conséquences fœtales:

- ⇒ Macrosomie
- ⇒ Augmentation modérée de la fréquence des malformations (liée au diabète de type 2 méconnu)

Conséquences néonatales:

- ⇒ Hypoglycémies néonatales sévères

DEPISTAGE CIBLÉ DU DG

Dépistage du DG recommandé devant au-moins un des critères suivants:

Age maternel \geq 35 ans

IMC \geq 25 kg/m²

ATCD de diabète chez les apparentés au premier degré

ATCD personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome

Apparition d'une macrosomie fœtale (biométries fœtales > 97ième percentile) ou d'un hydramnios

D'après les recommandations du CNGOF pour la pratique clinique 2010

Groupe de relecture :

Pr M Dreyfus PU PH CHU Caen chef de service Maternité - Obstétrique

Dr A Rod PH CHU Caen médecin des spécialités chirurgicales, ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE

Dr G Beucher PH CHU Caen - médecin des spécialités chirurgicales, GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

QUAND ET COMMENT DEPISTER LE DG ?



En présence de facteurs de risque

Glycémie à jeun au 1er trimestre de la grossesse

Si GAJ est normale $< 0,92\text{g/l}$ ($5,1\text{ mmol/l}$)

Si GAJ est $\geq 0,92\text{g/l}$ ($5,1\text{ mmol/l}$)

Si GAJ $\geq 1,26\text{ g/l}$ (7 mmol/l):

diabète de type 2

(diabète préexistant à la grossesse méconnu)

HGPO avec 75 grammes de glucose entre **24 et 28 SA** (Glycémies à jeun, à 0 heure, 1 heure et 2 heures)

Contrôle à 15 jours.

Si persistance de la GAJ $\geq 0,92\text{ g/l}$ ($5,1\text{ mmol/l}$)

Diabète gestationnel si au moins une valeur anormale:

GAJ $\geq 0,92\text{ g/l}$ ($5,1\text{ mmol/l}$)

Glycémie à H1 $\geq 1,80\text{ g/l}$ (10 mmol/l)

Glycémie à H2 $\geq 1,53\text{g/l}$ ($8,5\text{ mmol/l}$)

INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Consignes diététiques

- Apport calorique entre 25 et 35 Kcal/Kg/j
- Restriction calorique si obésité mais pas $< 1600\text{ Kcal/jour}$
- Apport en hydrates de carbones: 40 à 50% de l'apport total

Exercice physique régulier

Auto-surveillances glycémiques

- A jeun et 2 heures après le début de chaque repas
- Objectif: GAJ $< 0,95\text{g/l}$ et glycémie à H2 $< 1,20\text{ g/l}$

INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

si les objectifs ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques bien suivies

Début d'une insulinothérapie (consultation spécialisée)

Les antidiabétiques oraux n'ont pas l'AMM

- Si DG bien équilibré et en l'absence d'autres pathologies associées: pas de suivi clinique différent des autres grossesses.
- Si facteur de risque surajouté (Obésité, mauvais équilibre glycémique...): surveillance clinique plus rapprochée.
- Une échographie supplémentaire est recommandée en fin de grossesse (biométrie + index amniotique).

ACCOUCHEMENT

Si DG équilibré sous régime seul ou avec insulinothérapie, sans retentissement fœtal (biométrie < 97^{ième} percentile, pas d'hydramnios):

⇒ pas de prise en charge spécifique

Si diabète mal équilibré et/ou retentissement fœtal:

⇒ naissance avant 39 SA

⇒ Césarienne recommandée d'emblée si PFE à terme > 4500 g (ou > 4250 grammes à 39 SA) car risque accru de dystocie des épaules

POST- PARTUM, CONTRACEPTION

- ⇒ Surveillance glycémique en postpartum immédiat pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement et sans régime.
- ⇒ Le dépistage du diabète de type 2 (HGPO à 75 g de glucose) est recommandé lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse puis tous les 1 à 3 ans selon les facteurs de risque pendant au moins 25 ans
- ⇒ Inciter les patientes à poursuivre les modifications d'hygiène de vie et à perdre le poids pris pendant la grossesse.

⇒ Le choix de la contraception doit tenir compte des facteurs de risque associés (si obésité, HTA ou dyslipidémie: choisir une contraception sans impact cardiovasculaire).

Les enfants nés de mères ayant eu un DG sont une population à risque de complications métaboliques à long terme.

Pas de contre-indication à l'allaitement qui demeure une mesure bénéfique sur le plan métabolique, pour la mère comme pour l'enfant.



Réseau de Périnatalité de Basse Normandie

CHU de Caen - Bât. Sud niv. 2 (FEH) Avenue de la Côte de Nacre 14033 CAEN Cedex 9

contact@perinatbn.org

www.perinatbn.org