

DIABETE GESTATIONNEL*

Fiche N°2 • Session 2022 • 14 AOUT 2022

Réponses aux Questions

DIABETE GESTATIONNEL*

■ Quelle est la définition du diabète gestationnel ?

Réponse :

- Est un trouble de tolérance glycémique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution en post partum.

■ Quelles sont les principaux facteurs de risques de diabète gestationnel selon les recommandations du CNGOF 2010 ?

Réponse :

- Age maternel ≥ 35 ans
- Surcharge pondérale, défini par un IMC > 25 kg/m²,
- Origine ethnique : maghrébine, africaine, antillaise et asiatique.
- Antécédents familiaux au premier degré de diabète de type 2,
- Antécédents obstétricaux de diabète gestationnel
- Antécédents d'obstétricaux de macrosomie fœtale (> 4000 g)
- Syndrome des ovaires polykystiques.
- Antécédents d'obstétricaux de MFIU inexpliquée
- Signes d'appel échographique au cours de la grossesse : macrosomie et hydramnios.
- Quelles sont les complications maternelles du diabète gestationnel ?

Réponse :

- Augmentation du risque de pré – eclampsie : ce risque est plus ■ que le diabète gestationnel est associé une surcharge pondérale (IMC ≥ 25)
- Risque infectieux : infection urinaire +++ et endométrite du post partum.
- Complications obstétricales théoriques de la macrosomie fœtale :
- Risque plus élevé de césarienne par Disproportion fœto - pelvienne

■ **Déchirures cervico – vaginales et périnéale**

■ **Hémorragie de la délivrance par atonie secondaire à un travail long, une surdistention utérine par macrosomie et/ou hydramnios.**

■ **Quelles sont les complications fœtales du diabète gestationnel ?**

Réponse :

■ **Pas d'augmentation du risque de malformations congénitales contrairement au diabète de type 2 méconnu.**

■ **Macrosomie fœtale (poids > 4000 g) et ses complications rares :**

■ **Dystocie des épaules avec risque de fracture de clavicule**

■ **Paralysie du plexus brachial**

■ **Encéphalopathies anoxiques**

■ **Disproportion fœto – pelvienne**

■ **Hydramnios : exposant au risque d'accouchement prématuré et de RPM**

■ **Augmentation du risque de MFIU**

■ **Augmentation du risque d'Accouchement prématuré**

■ **Quelles sont les complications néonatales du diabète gestationnel ?**

Réponse :

■ **Hypoglycémie neonatale en cas d'hyperglycémie chez la mère, entraîne un hyperinsulinisme néonatal.**

■ **Cardiomyopathie hypertrophique**

■ **Détresse respiratoire par maladie des membranes hyalines (l'hyperinsulinisme fœtal freine la synthèse de surfactant pulmonaire fœtal)**

- Risque d'hyperbilirubinémie et ictère néonatal
- Risque d'hypocalcémie comparable à la population générale
- Pas de modification du risque d'asphyxie néonatal et du décès périnatal

■ **Quelles sont les complications pour l'enfant à long terme ?**

Réponse :

- Risque de complications métaboliques à long terme (obésité, diabète et HTA)

■ **Quelles sont les indications actuelles de dépistage du diabète gestationnel ?**

Réponse :

le dépistage du diabète gestationnel est indiqué actuellement dans les situations suivantes :

■ **En présence d'au moins un des facteurs risque suivant :**

■ **Age maternel ≥ 35 ans**

■ **Surpoids, IMC ≥ 25 kg/m²,**

■ **Antécédents familiaux au premier degré de diabète de type 2,**

■ **Antécédents obstétricaux de diabète gestationnel**

• Antécédents d'accouchement de gros fœtus > 4000 g.

■ **Origine ethnique : maghrébine, africaine, antillaise et asiatique.**

• Syndrome des ovaires polykystiques.

■ **Antécédents d'obstétricaux de MFIU inexpliquée**

■ **En cas d'apparition d'un signe d'appel échographique au 3ème trimestre.**

• Macrosomie fœtale (biométries > 97 -ème percentiles) et/ou

• Hydramnios

■ **Quand et comment dépister le diabète gestationnel ?**

Réponse :

Le dépistage du diabète gestationnel se fait en présence d'au moins un facteur de risque de diabète gestationnel :

■ **En période pré conceptionnel → par le dosage d'une glycémie à jeun.**

■ **Au 1er trimestre de la grossesse → par le dosage d'une glycémie à jeun.**

■ **Au 2ème trimestre (entre 24 – 28 SA) : → faire une HGPO (Hyperglycémie Provoquée par voie Orale) si le dépistage au 1er trimestre est négatif ou si non fait.**

■ **Au 3 -ème Trimestre :**

• Chez les femmes qui n'ont pas eu de dépistage pendant la grossesse.

■ **Devant l'apparition d'un signe d'appel échographique (Macrosomie et/ou hydramnios)**

■ **Quelles sont les méthodes de dépistage du diabète gestationnel ?**

Réponse :

Le dépistage du diabète gestationnel est ciblé pour les patientes ayant au moins un facteur de risque :

■ **Dosage d'une Glycémie à jeun au 1er trimestre, qui sera interpréter de la manière suivante :**

■ **Glycémie à jeun ≥ 1.26 g/l (7mmol/l) → c'est un diabète de type 2, pré – existant à la grossesse.**

■ **Glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l (5.1 mmol/l) → c'est un diabète gestationnel**

■ **Glycémie à jeun < 0.92 g/l (5.1 mmol/l) → pas d'argument en faveur de diabète gestationnel mais cette valeur ne permet pas d'éliminer formellement un diabète gestationnel et devra être complété par une HGPO entre 24 – 28 SA.**

■ **Hyperglycémie Provoquée par voie Orale (HGPO) avec de 75 g de glucose, entre 24 – 28 SA : Mesure des glycémies :**

■ **A jeun (avant la prise des 75 g de glucose)**

■ **A 1 heure (après la prise des 75 g de glucose) et**

■ **A 2 heures (après la prise des 75 g de glucose)**

- On diagnostique un diabète gestationnel si au moins une des valeurs suivantes est constatée :

- Glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l (5.1 mmol/l)
- Glycémie à 1 heure ≥ 1.80 g/l (10 mmol/l)
- Glycémie à 2 heures ≥ 1.53 g/l (8.5 mmol/l)

NB : Aucune autre méthode n'est recommandée : HbA1c (Hémoglobine glyquée) la glycosurie et la fructosemie.

- Quelles sont les valeurs seuils de pathologiques en cas de diabète gestationnel ?

Réponse :

Glycémie à jeun :

- Si ≥ 0.92 g/l → diagnostic de diabète gestationnel
- Si ≥ 1.26 g/l → diabète de diabète de type 2.

HGPO (hyperglycémie par voie orale) à 75 g de glucose :

- Glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l
- Glycémie à 1 heure après la prise de glucose ≥ 1.80 g/l
- Glycémie à 2 heures après la prise de glucose ≥ 1.53 g/l

→ on parle de diabète gestationnel si au moins une des valeurs ci-dessus est

constatée parmi les 3 mesures.

→ Pas de diabète gestationnel si les 3 valeurs sont normales.

- Quelles sont les trois mesures de la prise en charge initiale de diabète gestationnel ?

Réponse :

Prise en charge du diabète gestationnel est multidisciplinaire (obstétricien, diabétologue, diététiciens et pédiatre)

- Prise en charge diététique : est le 1er temps indispensable du traitement du DG
- Régime : 1600 à 2000 kcal par jour répartie en 3 repas et 2 collations, avec 50 % de glucides (sucres lents +++)
- Eliminer le « grignotage » et les sucres rapides
- Autosurveillance glycémique :
 - 4 à 6 fois par jour par une glycémie capillaires à jeun et à 2 heures après chaque repas, reporter les résultats dans un carnet de surveillance des glycémies.
 - Pendant 7 à 10 jours en respectant les règles hygiène – diététique
- Mesures associées :
 - Education de la patiente (carnet de surveillance des glycémies)

- Activité physique régulière : (30 minutes, 3 à 5 fois par semaine) et adaptée au terme de la grossesse (ex : natation et marche)

■ **Quelles sont les objectifs glycémiques dans la surveillance de diabète gestationnel ?**

Réponse :

- **Glycémie à jeun < 0.95 g/l (5.25 mmol/l)**
- **Glycémie post prandiale à 2 heures < 1.20 g/l (6.6 mmol/l)**
- **Quelle est la conduite à tenir si les objectifs glycémiques sont atteints et la surveillance obstétricale ?**

Réponse :

- Poursuite des règles hygiène diététiques
- Poursuite de l'autosurveillance glycémique,
- Suivi comme une grossesse normale
- **Proposer une échographie supplémentaire entre 36 et 37 SA pour dépistage de la macrosomie.**
- Pas de déclenchement ou césarienne systématique à 39 SA.
- **Quelle est la conduite à tenir si les objectifs glycémiques ne pas sont atteints ?**

Réponse :

- Prise en charge multidisciplinaire (Obstétricien, diabétologue, diététicienne, pédiatre)
- Consultation spécialisée en diabétologie.
- Débuter l'insulinothérapie en fonction du profil glycémique (3 injections par jour le plus souvent)
- Les Anti Diabétiques Oraux ne sont pas recommandé, pas d'AMM.
- Poursuite des règles hygiène diététiques et l'autosurveillance glycémique.
- Vérifier la compréhension du régime
- Surveillance obstétricale renforcée à partir de 32 SA
- **Dépistage de la macrosomie fœtale par une échographie supplémentaire proche du terme à 36 SA (en plus celle de 32 SA).**
- **Quelles sont les indications de surveillance renforcées et quelles sont les modalités de la surveillance ?**

Réponse :

Les indications de surveillance renforcées sont :

- Obésité associée au diabète gestationnel
- Diabète mal équilibré (mauvais équilibre glycémique)
- HTA chronique,
- Macrosomie > 97 -ème percentiles
- Diabète de type 2 découvert durant la grossesse

Les modalités de surveillance sont :

■ **Si diabète gestationnel bien est équilibré avec (régime seul ou insuline) et sans retentissement obstétrical :**

→ **Suivi comme une grossesse normale.**

→ Echographie entre 36 et 37 SA pour estimation du poids fœtal (dépistage de la macrosomie)

■ **Si diabète gestationnel mal équilibré sous insuline avec ou sans complications obstétricale (Prééclampsie, macrosomie...)**

- Prise en charge pluridisciplinaire : obstétricien, pédiatre et diabétologue.
- Consultation anténatale avec un pédiatre est conseillée
- Discuter le lieu d'accouchement et modalités de surveillance du Nouveau-né
- Surveillance obstétricale plus rapprochée,
- RCF plusieurs fois par semaine, hospitalisation si besoin
- Echographie tous les 15 jours : Biométrie (EPF) et doppler fœtaux
- Extraction fœtale par césarienne programmée à 39 SA en cas de poids fœtal estimé > 4250 – 4500 g à terme

■ **Quelles est la conduite à tenir pour l'accouchement en cas de diabète gestationnel ?**

Réponse :

- Si diabète gestationnel équilibré par (régime ou insuline) sans retentissement fœtal → Pas de suivi clinique différent des autres grossesses.
- Si diabète gestationnel mal équilibré avec ou sans retentissement fœtal :

→ Essayer d'attendre 39 SA pour déclencher le travail d'accouchement.

→ En de cas macrosomie, césarienne recommandée à 39 SA si EFP > 4250 g

- Si Diabète gestationnel et utérus cicatriciel : pas de césarienne systématique.

■ **Quelles est la surveillance à mettre en place en post partum et les modalités de contraception ?**

Réponse :

La surveillance à mettre en place en post partum :

- Arrêt de l'insuline à l'accouchement
- Poursuite autosurveillance glycémique dans le post partum avec régime adapté.

Les modalités de contraception :

- La contraception oestroprogestative est contre indiqué dans le post partum immédiat.
- Si facteurs de risque associés notamment le surpoids, une dyslipidémie ou une HTA : → prescrire une microprogestative, l'implant sous cutané ou un DIU +++

■ **Quelles sont les modalités de suivi à long terme pour la mère et l'enfant ?**

Réponse :

Pour la Mère :

■ Informer la patiente des risques élevés de développer un diabète de type 2 à long terme et sur la nécessité de la poursuite des règles hygiènes – diététiques (activité physique régulière, alimentation équilibrée)

■ Corriger les facteurs de risques cardiovasculaires :

- Surpoids
- Traitement d'une HTA ou d'une dyslipidémie
- Arrêt du tabac

■ Le Dépistage du diabète de type 2, soit par une glycémie à jeun soit par HGPO est recommandé :

■ Lors de consultation post – natale

■ Lors de la consultation pré - conceptionnel avant une nouvelle grossesse (ce qui impose la programmation des grossesses ultérieures)

- Puis tous les 1 à 3 ans en fonction des facteurs de pendant au moins 25 ans.

Pour l'enfant :

- Surveillance de l'évolution pondérale infantile.
- Prise en charge d'éventuels troubles de la corpulence et/ou de la tension artérielle
- Conseiller des règles hygiènes diététiques