

## **Diabète gestationnel**

### **Résumé**

# **Des Recommandations de Pratique Clinique 2010 du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français à destination des étudiants de la faculté de médecine Lyon Sud Charles Mérieux**

## **1) FACTEURS DE RISQUE DE DIABETE GESTATIONNEL :**

Forts : Surpoids et obésité  
ATCD perso de DG  
ATCD fratrie de DG  
Age maternel élevé (pas de seuil)

Modérés : SOPK  
Ethnie

Faibles : Petit Poids de Naissance  
Grossesses multiples

Ne sont **pas** des facteurs de risque de DG:

Prise de poids importante pendant la grossesse  
Multiparité  
Grossesse gémellaire  
Niveau socio-économique

## **2) RISQUES MATERNELS LIES AU DG:**

Pré-éclampsie (fonction de la sévérité de l'hyperglycémie de l'IMC et mauvais équilibre du ttt)

### Césarienne

Le ttt diminue le risque de pré-éclampsie et de macrosomie

Ne sont **pas augmentés** les risques : d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale sévère et d'hémorragie de la délivrance

### **3) RISQUE FŒTAL ET NEONATAL LIE AU DG:**

#### Un risque sûr: la macrosomie

Risque rare d'hypoglycémie néonatale

### **4) DEPISTAGE CIBLE DU DG PAR TEST OMS AU 6<sup>ème</sup> MOIS**

#### Critères d'indication de dépistage ciblé du diabète gestationnel (grade A) : +++

IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>

Age ≥ 35 ans

ATCD personnel de DG ou macrosomie

ATCD de DG chez apparenté au 1<sup>er</sup> degré (père, mère, frère, sœur)

En l'absence de facteur de risque pas d'intérêt avéré du dépistage systématique

Entre 24 et 28 SA, pour le dépistage du diabète gestationnel, la méthode en 1 temps par HGPO avec 75 g de glucose et glycémie capillaire à 0, 1 et 2 heures est recommandée (elle remplace la méthode en 2 temps d'O'Sullivan) +++

#### Seuils de l'HGPO 75 g pour le diagnostic de DG (1 valeur atteinte ou dépassée):

GAJ ≥ 0,92 g/l (≥ 5,1 mmol/l)	}	A SAVOIR ++
G1H ≥ 1,80 g/l (≥ 10 mmol/l)		
G2H ≥ 1,53 g/l (≥ 8,5 mmol/l)		

Dépistage en rattrapage en fin de grossesse, si biométrie > 97<sup>ème</sup> percentile ou si hydramnios

Au 1<sup>er</sup> trimestre, il est justifié de rechercher un diabète de type 2 méconnu pré-existant en présence des mêmes facteurs de risque. Ce dépistage sera fait avec une glycémie à jeun (DT2 si gly ≥ 1,26 g/l). A SAVOIR

### **5) INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES**

**Autosurveillance glycémique** recommandée 4 à 6 fois par jour (au moins une fois à jeun et une fois 2 heures après un repas)

**Objectifs glycémiques** : < 0,95 g/l à jeun (grade A)

**< 1,20 g/l à 2 heures (grade A)**

**Prise en charge diététique :**

- Apport calorique 25 à 35 kcal/kg/j
- Restriction calorique indiquée en cas d'obésité (pas inférieure à 1600 cal/j)
- 40 à 50 % d'hydrates de carbone
- Apport glucidique réparti en 3 repas et 2 à 3 collations
- Privilégier hydrates de carbone à index glycémique faible et fibres alimentaires

**Activité physique** 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine

**L'insuline** doit être envisagée **si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints** (20 % des DG seulement) **après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A)**

- Insuline d'action lente : privilégier INH
- Insuline d'action rapide : Lispro et Aspart utilisables
- Les antidiabétiques oraux n'ont pas d'AMM pendant la grossesse (donnés plutôt rassurantes)

## **6) SURVEILLANCE OBSTETRICALE PRENATALE**

Surveillance habituelle si DG équilibré

Surveillance renforcée si mauvais équilibre ou HTA ou obésité

Performances limitées de l'écho pour le diagnostic de macrosomie

**Une échographie supplémentaire en fin de grossesse peut être proposée** (accord professionnel)

**En cas de MAP, inhibiteurs calciques et antagonistes de l'ocytocine prioritaires. Les bêta-mimétiques ne doivent être utilisés qu'en dernier recours. Glucocorticoïdes autorisés sous surveillance glycémique.**

## **7) ACCOUCHEMENT**

En cas de DG bien équilibré par le régime seul ou l'insulinothérapie, pas de déclenchement

**En cas de mauvais équilibre ou de macrosomie ++, il est recommandé de déclencher l'accouchement** avec objectif de 39 SA pour limiter les risques de dystocie des épaules et de paralysie du plexus brachial

**Proposer une césarienne si poids fœtal estimé > à 4250 à 4500 g**

Pas de pelvimétrie

Pas de surveillance spécifique si accouchement voie basse accepté

## **8) PRISE EN CHARGE NEONATALE**

Naissance dans tout type de maternité (sauf prématurité, anomalie sévère de croissance ou malformation)

**Avoir un protocole de prise en charge des hypoglycémies néonatales :**

Allaitement maternel dans les 30 minutes

En l'absence de signes cliniques, 1<sup>ère</sup> glycémie avant le 2<sup>ème</sup> repas, puis toutes les 3 heures si poids > au 90<sup>ème</sup> percentile ou si insulinothérapie

## **9) POST-PARTUM, CONTRACEPTION, RISQUE ULTERIEUR MATERNEL ET POUR L'ENFANT**

Prévention thrombo-embolique en post-partum

**Information sur risques ultérieurs** de récurrence de DG (30 à 84 %), sur risque de DT2 (X par 7), de syndrome métabolique (x 2 à 5)

**Le dépistage du DT2 est recommandé lors de la consultation post-natale, avant une nouvelle grossesse puis tous les 1 à 3 ans, selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans, par glycémie à jeun ou HGPO.**

**Contraception :**

**En l'absence de facteurs de risque associés, le DG n'est pas une CI aux oestroprogestatifs ou aux progestatifs**

**Si facteurs de risque vasculaires (obésité, HTA ou dyslipidémie), conseiller le DIU**

Risque modéré de complications métaboliques à long terme pour l'enfant