



DIABÈTE GESTATIONNEL

Proposition de procédure de prise en charge
Résumé des interventions de la soirée du 17 Novembre 2002

Qui dépister ?

Un dépistage universel doit être optimalement proposé entre 24 et 28 SA

La moitié des patientes n'ont pas de facteur de risque

Seules les patientes de moins de 25 ans, minces (BMI<24), sans antécédents peuvent être exemptées du dépistage

POUR :

- Diminution des complications materno-fœtales à court terme
- Dépistage des femmes à risque de Diabète de type 2

CONTRE :

- Lourdeur et contraintes de la prise en charge
- Pratique obstétricale influencée [décl. Césarienne]
- Retentissement psychologique
- Coût financier
- Bénéfice à long terme ?

Comment dépister ?

■ Dépistage en 2 temps

- Test de O'Sullivan : 50g de glucose. Glycémie 1h après. Pas de T0, pas besoin d'être à jeun
 - Seuil à 1,3g/l : 100% de sensibilité, 50% de faux positifs
 - Si > 2 g/l : diagnostic de diabète gestationnel sans nécessité d'autres explorations
 - Si entre 1,3 g/l et 2g/l, pratiquer :
- HGPO: 100g de glucose, patiente à jeun, avec glycémie à T0, T60, T120, T180 (à préciser sur ordonnance)
 - Pour ne pas retarder le diagnostic, on peut prescrire d'emblée l'HGPO sur une 2^{ème} ordonnance jointe, à faire si le O'Sullivan est pathologique
 - Si 2 valeurs excèdent les normes suivantes, le diagnostic est posé :
T0: 0,95 g/l T120: 1,65 g/l
T60: 1,85 g/l T180: 1,45 g/l
(Critères de Carpenter et Coustan)
 - Si 1 valeur est pathologique, on parle d'intolérance au glucose

Cas particuliers

- ATCD de diabète gestationnel : O'Sullivan au premier trimestre, à répéter au 6ème mois
- Obésité, ATCD familiaux de diabète, ATCD obstétricaux évocateur de DG : O'Sullivan au premier trimestre

Régime diététique et hygiène de vie

- Éviter les sucres simples surtout en prise isolée
- Fractionner l'alimentation en 5 à 6 prises
- Consommer régulièrement des féculents et/ou du pain (à chaque repas)
- Manger des légumes verts à chaque repas
- Limiter les aliments riches en graisse
- Marche régulière

Proposition d'une séance d'éducation thérapeutique (demi-journées d'éducation thérapeutique spécifiques DG à Paule de Viguiers ouvertes aux patientes hors CHU et à terme mise en place de ces structures dans d'autres maternités de la région)

Surveillance glycémique

(Diagnostic +, régime mis en place)

- Cycle glycémique à J 5 :
 - glycémie à jeun
 - glycémie deux heures après le début du petit déjeuner
 - glycémie deux heures après le début du déjeuner.
- ⇒ Objectifs :
 - glycémie à jeun < 0,9 g/l
 - glycémie postprandiale < 1,20 g/l
- *Normal* ⇒ *cycles glycémiques veineux ts les 15 j (+ maintien du régime)*
- *Anormal* ⇒ cs diabétologique
 - 1^{ère} cs : sensibilisation et éducation à l'autosurveillance glycémique
contrôle glycémique 4 à 6 x/j
± insulinothérapie
 - consultation à une semaine
 - tenue du carnet
 - mêmes objectifs : si non atteints, insulinothérapie
 - réévaluation du suivi diététique
 - surveillance du poids : ≤ 1 kg/mois
perte de poids modérée possible, sans danger

Surveillance obstétricale de la grossesse

1) DG bien équilibré

Surveillance clinique mensuelle habituelle

Surveillance biologique

Prélèvement Vaginal à 34 - 35 SA

± Bilan vasculorénal à 34 SA si TA limite

Surveillance échographique

- *Echo 32 SA :*
 - Repérer le retentissement foetal = macrosomie
impose alors de renforcer la surveillance glycémique
 - Doppler ombilical et utérin conseillé
 - Pas de mesure du septum interventriculaire en l'absence de macrosomie

2) DG compliqué

Correspond à DG :

- insuffisamment équilibré / régime ⇒ insulinothérapie
- retentissement foetal = macrosomie
- complications vasculaires

Cs tous les 15 jours

- *Surveillance clinique idem, HTA gravidique de fin de grossesse plus fréquente*
- *Surveillance biologique, à répéter en fonction des circonstances*

A partir de 36 SA, Cs 1 x/sem + Fréquence Cardiaque fœtale

Surveillance échographique

Echo à 32 SA : idem ATTENTION aux «faux» eutrophes

Echo à 35 - 36 SA :

- Idem + Manning
- ± mesure du septum interventriculaire (SIV) si macrosomie
si pathologique (> 5,5 ou 6 mm) ⇒ avis spécialisé, cardiopathie obstructive ?

Echo à 38 SA

CA, DO, Manning ± Septum

Macrosome ou excès de LA au 3ème trim.

(Dépistage normal ou non fait)

- < 34 SA ⇒ HGPO 100 g de glucose
- > 34 SA ⇒ cycle glycémique

Modalités d'accouchement

- **Ne pas déclencher du seul fait du diabète gestationnel**
 - bien équilibrée \Rightarrow terme
 - (retard à la maturation pulmonaire ?)

- Proposer une césarienne systématique si le poids foetal est estimé à plus de 4500 g
 - CA (Circonférence abdominale) > 37 cm +++++**

- Risque de traumatisme obstétrical : risque de dystocie des épaules augmenté par la présence du DG (*macrosomie tronculaire*) et l'application instrumentale

- **Indications de déclenchement**
 - *Pathologies vasculaires surajoutées*
 - *Excès de croissance vrai*
 - \Rightarrow **CA > 35 cm**
 - *Terme ++*
 - *Indications plus discutables :*
 - A partir de 38 S.A., si col favorable
 - Hypertrophie septale

- Techniques de déclenchement identiques

- Surveillance étroite du travail si VB
 - diriger le travail si nécessaire
 - ne pas autoriser une fin de première phase au deuxième phase du travail trop longue
 - application instrumentale partie moyenne très prudente
 - équipe obstétrico-pédiatrique présente au moment de l'accouchement

- Pas d'indication d'extraction sur des critères purement diabétologiques

- Suivi diabéto/accouchement d'une patiente ayant nécessité la mise sous insuline pour un DG
 - arrêt de l'insuline dès le début du travail
 - surveillance des glycémies capillaires toutes les deux heures
 - \pm perfusion de glucosé

En post partum

Cycle glycémique à J3 ou C5 ± Cs diabétoque

Le devenir à long terme

- 40% des femmes présentent un Diabète de type 2 dans les 6 ans
 - Facteurs de risque : obésité, ATCD familiaux
 - Évolution plus fréquente qu'il y a 15 ans
 - La contraception orale ne parait pas délétère
- 6% des femmes présentent un Diabète de type 1, en général dans l'année suivante
 - Anticorps anti-GAD ?*
- L'enfant est à risque d'obésité, de diabète type 2
 - Education nutritionnelle +++*

Le suivi

- Après le cycle du post-partum, on prescrit une HGPO 75g sur 2 heures
 - *À pratiquer 3 à 6 mois après, après la fin de l'allaitement*
 - *Normales < 1,4 à jeun, < 2g/l à T120*
- Si des arguments existent (femme mince, sans ATCD familial de type 2, contexte auto-immun) :
 - recherche des anti-GAD*
- Régime et hygiène de vie ou pas ?
 - Si la femme est obèse ou en surpoids, régime qui va retarder l'évolution vers un Diabète
 - Si la femme est de poids normal, on peut lui conseiller de ne pas abuser de sucres «purs»

On insiste sur la dépense physique

⇒ **Une diététique équilibrée n'est pas une punition !**