

	DIABETE et GROSSESSE	Protocole obstétrical n°3 version 3 page 1/4
---	-----------------------------	--

Référence : RSN/PR/REA.O/003/C	Date de 1^{ère} mise en service : 02/10/2002
---------------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
1	09/05/2004		CMS
2	15/02/2011		

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr C.AMIEL/MC BERRAFATO	Nom et fonction :	Nom et fonction Dr S.HIERONIMUS	Nom et fonction : CMS
Date : 1 ^{ER} Février 2011	Date :	Date :	Date : 15/02/2011
Signature : signé	Signature :	Signature : signé	Signature : signé

Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'OMS comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

La prévalence du DG est estimée entre 2 et 6% des grossesses mais peut être beaucoup plus élevée dans des populations spécifiques. La tendance actuelle va vers une augmentation de la prévalence. A long terme, les femmes ayant présenté un diabète pendant leur grossesse ont un risque élevé de développer un diabète de type 2

Le dépister, le traiter et surveiller à long terme les mères et les enfants ouvrent la possibilité d'une prévention précoce du DNID et de ses complications. Le DG est associé à un risque accru de prééclampsie et de césarienne.

Les facteurs de risques principaux sont :

Avec un fort impact :

- ↳ Age
- ↳ Surcharge pondérale
- ↳ Antécédents familiaux au premier degré de Diabète de type 2
- ↳ Antécédents obstétricaux de DG ou de macrosomie

Avec un impact modéré :

- ↳ Syndrome des ovaires polykystiques (grade B)
- ↳ Origine ethnique (asiatique et amérindien).

A/ DEPISTAGE :

1-Indications

Le dépistage est recommandé en présence d'au moins un des critères suivants :

- ↳ Âge maternel ≥ 35 ans
- ↳ IMC ≥ 25 kg/ m²

	DIABETE et GROSSESSE	Protocole obstétrical n°3 version 3 page 2/4
---	-----------------------------	--

- ↳ Antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré
- ↳ Antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome

En l'absence de facteurs de risque il n'y a pas d'arguments pour recommander un dépistage systématique.

Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelle.

2-Quand - Comment et critères diagnostiques

→ En présence des facteurs de risque sus-cités, prescrire une glycémie à jeun à la première consultation prénatale pour ne pas méconnaître un diabète de type 2.

- Si Glycémie à jeun ≥ 1.26 g/l (7 mmol/l) = Diabète de type 2
- Si Glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l (5.1 mmol/l) = Diabète Gestationnel

→ En présence des facteurs de risque sus-cités (chez les patientes non préalablement diagnostiquées au 1^{er} Trimestre ou à glycémie normale), le dépistage est recommandé entre 24 et 28 SA, avec une hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de Glucose (aucune diététique préalable n'est nécessaire) et mesure des glycémies à 0, 1h et 2h.

Le diagnostic de DG est retenu si au moins une valeur seuil:

- Glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l (5.1 mmol/l)
- Glycémie à 1 H ≥ 1.80 g/l (10.0 mmol/l)
- Glycémie à 2 H ≥ 1.53 g/l (8.5 mmol/l)

→ Si pas de dépistage fait au deuxième trimestre malgré une existence d'un facteur de risque, possibilité de prescrire au minimum une glycémie à jeun au troisième trimestre.

→ Si biométries fœtales au 97^{ème} percentile ou hydramnios même sans facteurs de risque, rechercher un DG.

B / INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES

Le traitement spécifique du DG (diététique, auto surveillance glycémique, insulinothérapie si indiquée) réduit les complications périnatales sévères, la macrosomie fœtale, et la prééclampsie par rapport à l'abstention thérapeutique, sans majoration des risques de césarienne (grade A).

La surveillance est pluridisciplinaire et débutée dans la semaine qui suit le diagnostic. Nécessité de consultations régulières avec une équipe spécialisée.

1- L'autosurveillance glycémique (ASG)

L'auto surveillance glycémique permet de surveiller les patientes et d'indiquer l'insulinothérapie (grade C), elle est indispensable lorsque les femmes sont traitées sous insuline.

→ Elle est recommandée entre 4 et 6 fois /j (au moins une fois à jeun et deux heures après les repas selon le traitement /diététique ou insuline/ et l'équilibre obtenu. L'ASG doit être poursuivie jusque dans les 48h du post partum.

L'objectif thérapeutique validé est d'obtenir une glycémie à jeun < 0.95 g/l et de 1.20 g/l deux heures après le repas.

2- La prise en charge diététique

L'apport calorique doit être déterminé individuellement selon l'IMC préconceptionnel, la prise de poids gestationnelle, et les habitudes alimentaires. L'apport recommandé est entre 25 et 35 Kcal/kg/j.

→ Restriction calorique indiquée en cas d'obésité
(Ne doit pas être <1600Kcal/j)

→ Apport en hydrates de carbone doit représenter 40 à 50 % de l'apport calorique total (grade C).

→ Apport glucidique réparti en 3 repas et 2 à 3 collations.

3- Activité physique

Elle doit être régulière en l'absence de contre indication obstétricale, environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine (grade C)

4- Insulinothérapie

Elle doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A).

Le traitement sera établi en collaboration étroite avec un médecin diabétologue.

C/ SURVEILLANCE OBSTETRICALE PRENATALE

↪ Si DG équilibré et en l'absence d'autre pathologie ou facteur de risque associé,
→ **Suivi de grossesse normal.**

↪ Si présence de facteurs de risque surajoutés (obésité, mauvais équilibre glycémique, HTA chronique)

→ Surveillance (TA et recherche de protéinurie) à un rythme plus rapproché, en raison du risque accru de prééclampsie.

→ Une échographie supplémentaire en fin de grossesse peut être proposée.

↪ Le RCF n'a pas d'utilité démontrée en cas de DG équilibré mais il sera discuté si mal équilibré en tenant compte des facteurs de risques associés.

↪ En cas de DT2 découvert pendant la grossesse, surveillance foetale renforcée à partir de 32 SA.

↪ En cas de MAP, les inhibiteurs calciques et les antagonistes de l'ocytocine peuvent être utilisés sans précaution spécifique, les bêtamimétiques ne doivent être utilisés qu'en dernier recours et avec une surveillance glycémique rapprochée. La maturation pulmonaire foetale par glucocorticoïdes peut être réalisée sous couvert d'une surveillance glycémique et d'une insulinothérapie si nécessaire. Si un dépistage du DG est indiqué, le test de dépistage est à réaliser plusieurs jours (7 jours) après la dernière injection de glucocorticoïdes.

D/ ACCOUCHEMENT

↳ Si DG bien équilibré, soit par régime seul ou par insuline et sans retentissement fœtal, aucun argument ne justifie une prise en charge différente de celle d'une grossesse normale et d'un accouchement normal.

↳ Si DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal, déclencher l'accouchement à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfico-risque materno-fœtal en essayant d'atteindre, si possible, l'âge gestationnel de 39 SA + 0j.

↳ Césarienne proposée en cas de DG lorsque le poids fœtal estimé est supérieur à une valeur seuil de 4250 ou 4500 grammes. La décision sera à prendre de façon individuelle après information de la patiente de la balance bénéfico- risque de la césarienne dans cette situation.

↳ Si la voie basse est acceptée, la surveillance du travail ne nécessite pas de surveillance spécifique. Une insulinothérapie systématique pendant le travail peut être responsable d'hypoglycémie maternelle et n'est pas recommandée. En cas d'insulinothérapie à fortes doses pendant la grossesse, une concertation préalable avec le diabétologue est recommandée pour décider de la prise en charge pendant le travail.

E/ Pronostic maternel

Le risque élevé de DT2 après un DG justifie l'information de la patiente et le dépistage.

Le dépistage est recommandé lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse puis tous les un à trois ans, selon le facteur à risque, pendant au moins 25 ans. Ce dépistage peut être réalisé par la glycémie à jeun ou l'HPGO à 3 mois.