

Date de la diffusion :
Version : 1

Rédaction : Dr VEJUX N, Dr CHAU C,
Dr GUIDICELLI B, Dr ORTEGA D,
Dr ATLAN C, Dr. JEANNOT MF

Validation: Pôle Gynécologie Obstétrique Reproduction
CHU de Marseille

MENTION RESTRICTIVE : « Ce protocole de soins est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier »

- **DEPISTAGE**

- Pour les patientes avec facteurs de risque (IMC ≥ 25 Kg/m², âge maternel ≥ 35 ans, antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré, antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome)
- Au premier trimestre : glycémie à jeun
- Dès 20 SA prescrire le test OMS avec glycémie à jeun puis à 1h et 2 h après 75g de glucose afin qu'il soit réalisé entre 24 et 28 SA
- Au-delà de 28SA si test non fait, le prescrire si présence de facteurs de risque

- **CRITERES DIAGNOSTIQUES**

- DG =
 - Au 1^o trimestre glycémie à jeun = ≥ 0.92 g/l et < 1.26 g/l
 - Test OMS : glycémie à jeun ≥ 0.92 g/l ou à 1h ≥ 1.80 g/l ou à 2h ≥ 1.53 g/l
- Diabète de type 2 (DT2) : glycémie à jeun ≥ 1.26 g/l ou à 2h ≥ 2 g/l

- **OBJECTIFS** en cas de DG: glycémie en pré-prandial < 0.95 g/l et 1 heure après le repas < 1.40 g/l

- **SUIVI OBSTETRICAL :**

- DG équilibré (avec sous sans insuline) : surveillance mensuelle obstétricien – diabétologue (consultation alternée tous les 15 jours)
- DG déséquilibré ou DT2 ou DG équilibré avec HTA chronique :
 - 2 RCF / semaine à partir de 32 SA à domicile
 - Echographie mensuelle
 - HDJ tous les 15 jours pour TA, contrôle dextros, monitoring
- En cas de complication (MAP, HTA, pré-éclampsie, RCIU) ou DT2 déséquilibré : intensification de la surveillance (HDJ hebdomadaire) voire hospitalisation
- Echographie avec estimation du poids fœtal en fin de grossesse si suspicion de macrosomie

- **MODE D'ACCOUCHEMENT**

- DG équilibré (régime ou insuline) et sans retentissement fœtal = attente mise en travail / pas d'indication de déclenchement
- Diabète déséquilibré : discuter un déclenchement à partir de 39SA
- Césarienne à partir de 39SA si EPF > 4500g
- En cas de complication : au cas par cas

- **EN SUITES DE COUCHES**

- DG :
 - Arrêt de l'insuline
 - Surveillance dextros 6/j pendant 48h
 - Si glycémies pré prandiales ≥ 1 g/l ou à 1h ≥ 1.4 g/l : contacter l'endocrinologue
 - Si glycémies normales : arrêt dextros et test OMS à 3 mois (à montrer au médecin traitant)
- DT2 :
 - Diminuer insuline de 50%
 - Dextros 6/j
 - Contacter l'endocrinologue

- **PREVOIR UNE VISITE PRECONCEPTIONNELLE**

PROTOCOLE SERINGUE ELECTRIQUE INSULINE INTRAVEINEUSE PENDANT LE TRAVAIL.

Perfusion IV : B 27 (glucosé 5% + NaCl : 3g/l + KCl : 2g/l) : 60 cc/h

Actrapid : 40 UI dans 40 cc de sérum physiologique

HGT toutes les heures.

DEXTRO G/L	VITESSE SE (ml/h)
< 0,7	Accélérer glucosé + appel médecin
0,7 - 1	Stop
1 – 1,2	Vit 0,5
1,2 – 1,6	Vit 1
1,6 - 2	Vit 2
2 – 2,5	Vit 3
2,5 - 3	Vit 4
3 – 3,5	Vit 6
3,5 - 4	Vit 8
> 4	Vit 10 + appel médecin

Pour les patientes qui mangent :

➤ Vit. + 5 pendant 1 heure au moment du repas.

1. DOCUMENTS DE REFERENCE

- CGNOF recommandations pour la pratique clinique : le diabète gestationnel 10/11/2010

2. GLOSSAIRE

- aucun

3. DIFFUSION

- Maternités du réseau Périnat-Sud.
- Professionnels libéraux.
- Cellule de régulation périnatale.