

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	29.11.2021	Nathalie Russo	Cellule de coordination	Conseil scientifique

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 »

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

GLOSSAIRE

Anticorps anti-GAD : Anticorps anti glutamate acide décarboxylase
ASG : Autosurveillance Glycémique
DG : Diabète Gestationnel
DT1 : Diabète de Type 1
DT2 : Diabète de Type 2
HGPO : Hyperglycémie Provoquée par Voie Orale
HTA : Hypertension Artérielle
IMC : Indice de Masse Corporelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SA : Semaine d'Aménorrhée

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

1. DEFINITIONS

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.

Cette définition englobe deux entités différentes :

- Le diabète réellement apparu au cours de la grossesse, généralement en deuxième partie, et disparaissant, au moins temporairement dans le post-partum
- Le diabète patent préexistant à la grossesse, le plus souvent de type 2, que l'on découvre à l'occasion de celle-ci, et qui persiste après l'accouchement.

2. LE DÉPISTAGE

Le dépistage du diabète gestationnel s'adresse aux patientes ayant des facteurs de risque de diabète gestationnel :

- Age maternel égal ou supérieur à 35 ans
- IMC (Indice de masse corporelle) égal ou supérieur à 25kg/m² avant la grossesse
- Antécédent personnel de diabète gestationnel ou de macrosomie fœtale
- Antécédent familial de diabète de type 2 au premier degré.
- Biométrie fœtale supérieures au 97^{ème} percentile ou présence d'un hydramnios

a. Glycémie à jeun au premier trimestre de la grossesse

Si la glycémie à jeun est $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) il s'agit d'un diabète gestationnel

Si la glycémie à jeun est $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) il s'agit d'un diabète prégestationnel

b. HGPO entre 24 et 28 SA

Si la glycémie à jeun est normale au premier trimestre de la grossesse, et en présence d'un des facteurs de risque cités ci-dessus, faire une HGPO avec 75 g de glucose.

Le diagnostic de diabète gestationnel est posé si une ou plusieurs valeurs sont pathologiques.

Valeurs normales :

T0 < 0,92 g/l (5,1mmol/L)

T1h < 1,80 g/l (10,0 mmol/L)

T2h < 1,53 g/l (8,5 mmol/L)

c. Au troisième trimestre de la grossesse

- Si dépistage non fait entre 24 et 28 SA + facteurs de risque : faire HGPO 75 g
- Si hydramnios ou si biométries > 97^{ème} percentile : faire minimum une glycémie à jeun voire une HGPO 75 g

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

d. Si antécédent de chirurgie bariatrique

Dépistage systématique du diabète gestationnel (pas seulement sur facteur de risque)

Si chirurgie restrictive (SLEEVE, anneau) : avec les normes habituelles

- Glycémie à jeun au 1^{er} trimestre (N<0.92 g/l) et HbA1C (N<5.9%)
- HGPO entre 24 et 28 SA

Si chirurgie malabsorptive (Bypass), l'HGPO est contre indiquée (risque de dumping syndrome)

- Glycémie à jeun au 1^{er} trimestre (N<0.92 g/l) et HbA1C (N<5.9%)
- Cycle de glycémie capillaire pendant 7 jours entre 24 et 28 SA avec 9 glycémies capillaires par jour (à jeun, à 1h ou 2h après les repas 3 fois par jour).

Valeurs normales : T0 < 0,95 g/l T1h < 1,40 g/l T2h < 1,20 g/l

Diagnostic de diabète gestationnel si plus de 20% de glycémies pathologiques.

3. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

a. Surveillance clinique

En cas de DG bien équilibré par le régime ou par l'insulinothérapie, et en l'absence d'autre pathologie ou de facteur de risques associé, il n'y a pas d'argument justifiant un suivi clinique différent des autres grossesses.

La présence de facteurs de risques surajoutés (obésité, mauvais équilibre glycémique, hypertension artérielle chronique) peut justifier une surveillance à un rythme plus rapproché (pression artérielle, recherche de protéinurie) en raison du risque accru de prééclampsie.

b. Surveillance échographique

Une échographie supplémentaire en fin de grossesse (vers 36 SA) peut être proposée si EPF > 90^{ème} percentile à l'échographie du troisième trimestre et/ou diabète déséquilibré pour discuter s'il y a une indication à un déclenchement à 39 SA.

L'utilité de la recherche d'une hypertrophie myocardique fœtale n'est pas démontrée en cas de diabète gestationnel.

La réalisation systématique du Doppler ombilical n'a pas d'utilité démontrée en l'absence de retard de croissance ou d'HTA associée.

c. Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal n'a pas d'utilité démontrée en cas de DG bien équilibré. Il sera discuté en cas de DG mal équilibré, ou si facteurs de risques associés.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

4. TRAITEMENT

La prise en charge du diabète permet de réduire les complications maternelles, fœtales et néonatales.

a. Diététique

Les recommandations existantes conseillent un apport calorique quotidien de 25 à 35 kcal/kg de poids.

Une restriction calorique est indiquée en cas d'obésité mais ne doit jamais être inférieure à 1 600 kcal par jour (risque de carences nutritionnelles).

Le fractionnement de l'alimentation en trois repas et deux à trois collations a pour but de répartir l'apport glucidique dans la journée pour contrôler la glycémie postprandiale tout en maintenant un apport nutritionnel satisfaisant.

Le pourcentage de glucides recommandé dans l'apport calorique total se situe entre 40 et 50 %.

L'alimentation repose sur des repas et collations équilibrés, riches en fibres avec éviction des produits sucrés. La consommation de glucides simples (fruits en particulier) peut se faire en collation en association avec un produit riche en protéines et/ou lipides (laitages, oléagineux, ...).

On assurera les besoins nutritionnels spécifiques à la grossesse (calcium, ...) et une bonne hydratation.

b. Activité physique

Une activité physique régulière (30 minutes trois à cinq fois par semaine) est recommandée en dehors de contre-indications obstétricales.

c. Autosurveillance glycémique

L'autosurveillance glycémique (ASG) permet de surveiller les patientes et d'indiquer l'insulinothérapie.

L'ASG est recommandée 4 à 6 fois par jour (au moins une fois à jeun et 2 heures après les repas selon le traitement et l'équilibre obtenu).

L'ASG doit être poursuivie jusque dans le post-partum immédiat.

L'objectif actuellement validé est d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/l (5,22 mmol/l), et inférieure à 1,20 g/l (6,6 mmol/l) deux heures après les repas.

d. Insuline

L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques.

Le schéma d'insulinothérapie sera adapté en fonction des profils glycémiques.

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

5. ACCOUCHEMENT

En cas de DG bien équilibré, par le régime seul ou par l'insuline, et sans retentissement fœtal et sans pathologie associée, il n'y pas d'argument qui justifie une prise en charge différente de celle d'une grossesse normale (grade C).

En cas de DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de provoquer l'accouchement à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfice-risque materno-fœtale. Le risque de détresse respiratoire du nouveau-né, nettement diminué à partir de 39 SA + 0 J, fait de cet âge gestationnel l'objectif à atteindre si possible.

Devant le risque accru de dystocie des épaules et de paralysie du plexus brachial, il paraît raisonnable de proposer une césarienne en cas de DG lorsque le poids fœtal estimé est supérieur à une valeur seuil de 4250 ou 4500 grammes (grade C). Les données de la littérature sont insuffisantes pour permettre de faire un choix entre ces deux valeurs. La décision sera à prendre de façon individuelle après information de la patiente de la balance bénéfice-risque de la césarienne dans cette situation (accord professionnel).

La performance limitée de l'estimation échographique du poids fœtal est rappelée. Aucune formule n'est supérieure aux autres ou à la mesure du périmètre abdominal pour la prédiction de la macrosomie (grade C).

La radiopelvimétrie n'a pas lieu d'être réalisée en cas de suspicion de disproportion fœtopelvienne en raison de sa mauvaise valeur diagnostique (grade C). En cas de DG et d'antécédent de césarienne, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une césarienne (grade C).

En cas d'acceptation de la voie basse, la surveillance du travail ne nécessite pas de surveillance spécifique (accord professionnel). Une insulinothérapie systématique pendant le travail peut être responsable d'hypoglycémie maternelle et n'est pas recommandée (accord professionnel). Pour les patientes traitées par de fortes doses d'insuline, une concertation préalable avec le diabétologue est recommandée pour décider de la prise en charge pendant le travail (accord professionnel).

6. POST-PARTUM/CONTRACEPTION

Les femmes ayant eu un DG doivent être surveillées dans le post-partum immédiat pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement (accord professionnel).

Sur le peu d'études réalisées spécifiquement chez ces femmes, celles qui allaitent n'ont pas d'évolution métabolique différente au moins pendant la durée de l'allaitement.

Le choix de la contraception doit tenir compte essentiellement des facteurs de risque associés. Les études, même si peu ont concerné spécifiquement les femmes avec antécédent de DG, n'ont pas mis en évidence une perturbation significative du métabolisme glucidique sous contraception hormonale, qu'elle soit œstroprogestative ou progestative. En revanche, l'existence d'une obésité, d'une hypertension artérielle, d'une dyslipidémie doit inciter à choisir une contraception sans impact cardiovasculaire ; dans ces situations, le DIU est un choix conseillé (accord professionnel). Les microprogestatifs (pilules, implant) peuvent également être utilisés.

PROTOCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

7. PRONOSTIC MATERNEL ULTERIEUR

Le risque de récurrence du DG varie de 30 à 84 % selon les études (grade B).

Le DG expose à un risque ultérieur accru de DT2, multiplié par 7 (grade B). Le risque augmente avec le temps et persiste au moins 25 ans (grade C). Les risques de survenue du syndrome métabolique sont multipliés par 2 à 5 (grade B), ceux de pathologies cardiovasculaires par 1,7 environ (grade B). Le risque de survenue d'un diabète de type 1 ne semble pas plus fréquent après un DG, mais le DG peut en être le révélateur (grade C). Il n'y a pas d'argument pour en recommander le dépistage systématique par les anticorps anti-GAD après un DG (accord professionnel). Certains facteurs sont associés à un risque plus élevé de DT2 après un DG : surcharge pondérale, diagnostic du DG avant 24 SA, glycémies de l'HGPO diagnostique élevées, nécessité d'une insulinothérapie.

L'allaitement ou la contraception ne modifient pas le risque. Le risque lié aux antécédents familiaux n'est pas suffisamment évalué. Le risque élevé de DT2 après un DG justifie l'information de la patiente et le dépistage (grade A)

Le dépistage du DT2 est recommandé lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse puis tous les un à trois ans, selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans (accord professionnel).

L'allaitement et la contraception ne justifient pas de différer les tests.

Le dépistage peut être réalisé par la glycémie à jeun ou l'HGPO. La sensibilité de la glycémie à jeun pour le diagnostic de DT2 est inférieure à celle de l'HGPO (grade A). Le dosage de l'hémoglobine glyquée est simple et pragmatique, mais n'est pas actuellement recommandé en France.

En pratique, on propose une HGPO 75g 3 mois après l'accouchement.

PROTCOLE OBSTÉTRICAL

DIABETE GESTATIONNEL

8. BIBLIOGRAPHIE

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2010 : Le diabète gestationnel, Texte des recommandations

RPC CNGOF 2010 : Le Diabète Gestationnel

Société Française d'Endocrinologie 2011 : Nouvelles recommandations pour le diagnostic du diabète gestationnel

BARIA-MAT : Groupe d'étude sur les grossesses après chirurgie bariatrique 2019

Groupe de travail

Rapporteur :

Nathalie Russo, Sage-femme, Réseau Méditerranée

Groupe de relecture :

Cellule de coordination

Membres de droit du conseil scientifique

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale APHM
Pr Florence BRETTELL (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHPG Monaco
Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien APHM
Pr Jérôme DELOTTE (et/ou suppléant) gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Sergio ELENi DIT TROLLI (et/ou suppléant) pédiatre réanimation néonatale CHU Nice
Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) pédiatre néonatalogie APHM
Pr François POINSON (et/ou suppléant) pédopsychiatre APHM

Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Julie BLANC Gynécologue obstétricien APHM
Dr Joël NGUYEN Chef de service de pédiatrie néonatalogie CH Grasse
Dr Jean-Claude PICAUD Ancien chef de service de néonatalogie CHPG Monaco
Audrey REYNAUD Responsable des affaires scientifiques SOS PREMA
Dr Sophie TARDIEU PH santé publique, Chargée de mission Structure Régionale d'Appui PASQUAL
Dr Cynthia TRASTOUR Gynécologue obstétricien CHU Nice
Dr Philippe TRUC Responsable service médecine néonatale CH Toulon