

MATERNITE		Procédure n° : MAT P0086
<u>Responsable</u> : Dr RAYNAL <u>Fonction</u> : Praticien Hospitalier	<u>Approbateur</u> : Dr P. PANEL <u>Fonction</u> : Chef de Service	Version : 1 Mise à jour : 3/5/13 Date de création : 21/02/2011
<u>signature</u>	<u>signature</u>	<u>Liste de diffusion</u> : Obstetrique-mater1- mater 2-salle de naissance
PROCEDURE DIABETE GESTATIONNEL		

Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'OMS comme un trouble de la tolérance glucidique débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Cette définition englobe en fait deux entités différentes qu'il convient de distinguer :

- . **Un diabète patent, le plus souvent de type 2 (DT2), préexistant à la grossesse** et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement.
- . **Une anomalie de la tolérance glucidique** réellement apparue en cours de grossesse, généralement en deuxième partie, et **disparaissant**, au moins temporairement, **en post-partum**.

Facteurs de risques indiquant le dépistage du DG

Le dépistage du diabète gestationnel n'est pas indiqué pour toutes les femmes enceintes.

Il s'adresse aux patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque:

- . **Age maternel ≥ 35 ans**
- . **IMC ≥ 25 kg/m²**
- . **Antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré (Père, mère, frères, sœurs)**
- . **Antécédents personnels de DG**
- . **Antécédents d'enfant macrosome**

Termes et critères de diagnostic du DG

. **Lors de la 1re consultation prénatale**, en présence des facteurs de risque précédemment définis, la recherche d'un DG ou d'un DT2 méconnu se fera par une glycémie à jeun

- . **Si la glycémie à jeun est $\geq 0,92$ (5,1 mmol/l) le diagnostic de DG est posé**
- . **Si la glycémie à jeun est $\geq 1,26$ (7 mmol/l) le diagnostic de DT2 est posé**



Entre 24 et 28 SA chez les patientes non diagnostiquées préalablement et présentant un des facteurs de risque précédemment définis, la recherche d'un DG se fera par une HGPO avec 75 g de glucose et mesure des glycémies à 0, 1 et 2 h. (t 0, t 60 , t 120)

Le diagnostic de DG sera posé si au moins une des 3 valeurs est pathologique :

- **Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l)**
- **Glycémie à 1 heure $\geq 1,80$ g/l (10,0 mmol/l)**
- **Glycémie à 2 heures $\geq 1,53$ g/l (8,5 mmol/l).**

Par ailleurs

. La mise en évidence de **biométries foetales supérieures au 90e percentile** ou d'un **hydramnios** chez une femme sans facteurs de risque doit faire rechercher un DG.

. Chez les femmes ayant des facteurs de risque qui n'ont pas eu de dépistage du DG, celui-ci peut être fait au 3e trimestre, au minimum par une glycémie à jeun.

. En cas de normalité du dépistage entre 24 et 28 SA, il n'y a pas d'arguments pour répéter ultérieurement le dépistage à titre systématique.

Prise en charge (régime diététique/Insuline) du DG

La prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement du DG.

L'apport calorique recommandé est entre 25 et 35 kcal/kg/j et ne doit pas être inférieur à 1800 kcal/j.

L'apport en hydrates de carbone doit représenter 40 % à 50 % de l'apport calorique total.

L'apport glucidique doit être réparti en trois repas et/ou deux à trois collations.

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

L'ASG est recommandée entre 4 et 6 fois par jour (au moins une fois à jeun et deux heures après les repas selon le traitement - diététique ou insuline - et l'équilibre obtenu.

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

Lorsque les femmes sont traitées par insuline, l'ASG est indispensable pour adapter les doses d'insuline.

Les objectifs sont d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/l et une glycémie deux heures après le repas inférieure à 1,20 g/l.

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

Prise en charge obstétricale en cours de grossesse d'une patiente avec un DG

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

La présence de facteurs de risque surajoutés (obésité, mauvais équilibre glycémique, hypertension artérielle chronique) peut justifier une surveillance (pression artérielle, recherche d'une protéinurie) à un rythme plus rapproché que le suivi prénatal mensuel, en raison du risque accru de pré-éclampsie.

Une échographie supplémentaire en fin de grossesse peut être proposée.

L'utilité de la recherche d'une hypertrophie myocardique foetale n'est pas démontrée.

La réalisation systématique du doppler ombilical n'a pas d'utilité démontrée en l'absence de restriction de croissance ou d'hypertension artérielle associées.

L'enregistrement du rythme cardiaque foetal (RCF) n'a pas d'utilité démontrée en cas de DG bien équilibré. Il sera discuté en cas de diabète mal équilibré, en tenant compte des facteurs de risques associés.

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



En cas de menace d'accouchement prématuré, les inhibiteurs calciques et les antagonistes de l'ocytocine peuvent être utilisés sans précaution spécifique.

Les bêta-mimétiques 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 après la dernière injection de glucocorticoïdes.

Prise en charge pour l'accouchement d'une patiente avec un DG

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

En cas de DG mal équilibré ou avec retentissement foetal, il est recommandé de **provoquer l'accouchement** à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfice-risque materno-foetale. 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 foetal estimé est supérieur à une valeur seuil de 4250 ou 4500 grammes**.

La radiopelvimétrie n'a pas lieu d'être réalisée en cas de suspicion de disproportion foetopelvienne en raison de sa mauvaise valeur diagnostique.

En cas de DG et d'antécédent de césarienne, il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une césarienne.



En cas d'acceptation de la voie basse, 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.

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.

Prise en charge dans le post partum d'une patiente avec un DG

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. Le dépistage peut être réalisé par la glycémie à jeun ou l'HGPO à 75 g avec mesure de la glycémie au temps 0 et temps 120 min.

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

Après un DG, le suivi doit inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins cinq jours par semaine, alimentation équilibrée, arrêt du tabagisme).

Le suivi comporte aussi la recherche régulière et le traitement des éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaire associés (hypertension artérielle, dyslipidémie).

Il est très important que l'éducation thérapeutique porte aussi sur la programmation des grossesses ultérieures.

En pratique

Devant tout dépistage de diabète gestationnel positif, il est indispensable de :

- . Prendre contact avec le service de diabétologie de l'Hôpital André Mignot :

Avec le Dr G. PETIT-AUBERT, le Dr C. COLLET-GAUDILLAT,

le Dr V. DESFORGES-BULLETT ou le Dr JP. BERESSI

Soit par téléphone au 01-39-63-88-79 ou 01-39-63-93-63

Soit par fax au 01-39-63-86-87

- . Implémenter la fiche de prise en charge d'une patiente avec un DG

Référence :

Recommandations pour la pratique clinique

Le diabète gestationnel

CNGOF Dec 2010