

DIABETE GESTATIONNEL

Cliquez pour modifier le style des sous-titres du masque

Dr . GUENDOUZE MERIEM

Définition OMS

- Trouble de la tolérance glucidique de gravité variable
- Survenant ou diagnostiqué pour la première fois durant la grossesse
- Quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement

Rappel physiopathologique

La grossesse :

- Situation diabétogène.
- État d'insulinorésistance croissant progressivement avec le terme de la grossesse.

Insulinorésistance liée à :

- La production d'hormones placentaires :

DEPISTAGE DU DIABETE GESTATIONNEL

facteurs de risque :

- Âge maternel sup à 35 ans
- IMC maternel : Obésité (IMC > 30) avant la grossesse et prise de poids importante durant la grossesse

Quand dépister ?

- Insulinorésistance maximale à partir de la 24^{ème} semaine et temps suffisant pour la prise en charge

dépistage entre 24 et 28 SA

- Dès la première consultation prénatale si facteurs de risque, à répéter à 24 SA si négatif

Comment dépister ?

- **Test de dépistage : O'Sullivan**
 - **Glycémie veineuse 1h après prise de 50g de glucose/200cc d'eau**
 - **Positif si glycémie > 1.30 gl**
 - **Si glycémie > 2gl : DG**
- **Test diagnostic: HGPO à 100g**

T0 : 0.95 g/l

✓ HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

Reflet des 2 derniers mois

A faire: * si 2 mesures de l'HGPO au moins sont > aux chiffres indiqués.

* si auto contrôles perturbés

A renouveler une fois par mois si le diabète est avéré

✓ FRUCTOSAMINE:



**Il y a un continuum entre
glycémie maternelle et
morbidité materno-foetale**

Risques à court terme

Pour la mère :

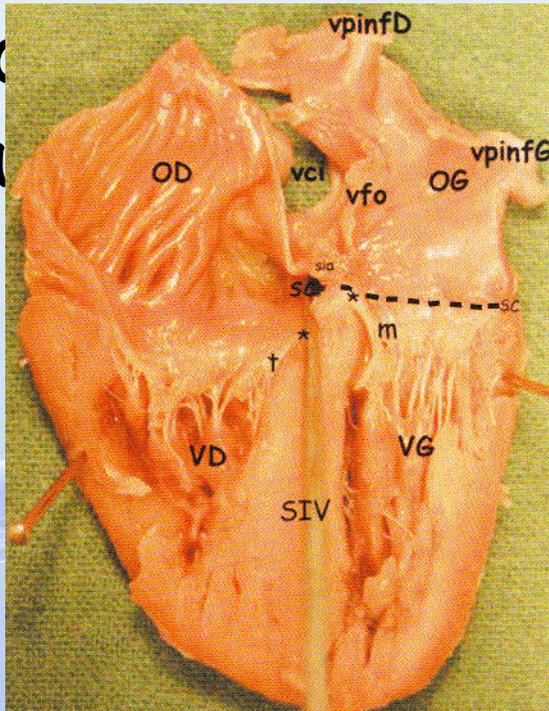
- Hypertension artérielle gravidique
- Infections urinaires et génitale

Pour le fœtus :

- Macrosomie avec ses conséquences obstétricales :
 - Traumatismes néonataux

Septum Inter Ventriculaire

- ~~Sémois de~~ hypertrophie cardiaque
- ^{Dr C. Fredouille} Peut nécessiter d'avancer la naissance
- Non fréquente après la naissance



Risques à long terme

Pour la mère :

- **Diabète type 2 chez 50% d'entre elles**

Pour l'enfant :

- **Obésité**
- **Diabète**
- **RCV**



Conduite à tenir



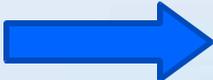
Dès le diagnostic posé envoyer très rapidement au diabétologue pour:

- Mettre en route **la diététique**, avec éducation nutritionnelle
- **L'insulinothérapie** sera instaurée si le régime diététique ne suffit pas à réguler la glycémie, qui sera arrêtée immédiatement après l'accouchement
- **La surveillance glycémique** (au moins 6 fois /jour avec 2 postprandiales) et acétonurie

OBJECTIFS GLYCÉMIQUES

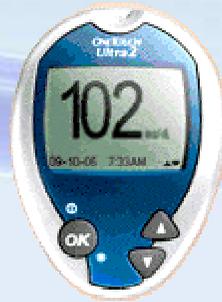
Si après 1 semaine de régime:

- glycémie à jeun $0,95\text{g/l}$
- glycémie après le repas $1,20\text{g/l}$

 Passer à l'insuline

- Tout retard dans la mise à l'insuline ou adaptation des doses annule l'efficacité de la prise en charge

Autosurveillance



Quantité sang : 0,3 - 1 μ l

Temps: 5 secondes

Mémoire: 300

Logiciel: rendu +++ et coût

Facilité , douleur



Insulinothérapie

L' intérêt d'une insulinothérapie systématique, quel que soit le niveau glycémique, n'est pas démontré .

Le schéma d'insulinothérapie proposé comporte :

- une injection d'insuline rapide avant chaque repas si les glycémies postprandiales sont élevées
- et une injection d'insuline d'action intermédiaire au dîner ou au coucher, si la glycémie au réveil est élevée.

Les doses d'insuline doivent être augmentées rapidement de 2 Ui, voire de 4 Ui chez la femme obèse, jusqu'à obtention des objectifs cités .

Seule l'insuline « humaine » est utilisée.

Une véritable éducation de la patiente doit être réalisée comme pour tout diabétique

PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

Modalités de la surveillance

- Lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et en l'absence de complications, la surveillance et l'accouchement ne présentent pas de particularité.
- Dans les autres cas, la surveillance est directement liée au degré d'équilibre glycémique et à la survenue de complications.
- Si des complications surviennent (hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie), la surveillance doit être identique à celle de toute grossesse compliquée.

PRISE EN CHARGE POSTNATALE

Prise en charge de la mère

- L'allaitement doit être conseillé. Il contribue au retour à la normale de la tolérance au glucose à distance de l'accouchement .
- Une surveillance glycémique doit être maintenue pendant quelques jours pour vérifier le retour à la normale des

PRISE EN CHARGE POSTNATALE

Prise en charge du nouveau-né

Il n'y a pas lieu de transférer systématiquement ces enfants dans une unité de néonatalogie ;

exception faite des complications liées à :

- › une prématurité
- › un retard de croissance intra-utérin
- › ou en cas de diabète très mal équilibré.

La notion d'un mauvais contrôle glycémique pendant la grossesse doit rendre particulièrement vigilant vis-à-vis du risque d'hypoglycémie.

L'enfant bénéficie à la naissance d'un examen clinique complet, en particulier à la recherche d'une malformation dans l'éventualité, rare, d'un diabète pré gestationnel méconnu.

CONCLUSION

Le DG constitue un marqueur précoce du risque de survenue d'un diabète non insulino-dépendant.

Il est donc nécessaire de surveiller régulièrement la tolérance au glucose de ces femmes et de mettre en œuvre des mesures préventives :

- normalisation ou stabilisation du poids
- maintien d'une activité physique régulière
- limitation des autres facteurs de risque vasculaires.

Le risque d'obésité et de diabète non insulino-dépendant est augmenté chez ces enfants

 Une surveillance régulière des enfants et une éducation nutritionnelle de la mère et de l'enfant sont donc nécessaires.