

	Diabète gestationnel : dépistage et prise en charge		
	Réseau Périnatal des 2 Savoie	www.rp2s.fr Protocoles Obst	Création : avril 2011 MàJ : mars 2024
Validation : Comité scientifique RP2S 19 mars 2024			

Définition et objectif du document

Définition Diabète gestationnel (DG) selon l'OMS : Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Objectif : Harmoniser les pratiques dans les maternités du RP2S, en proposant une conduite à tenir pour le dépistage et la prise en charge du DG.

Abréviations

DG : Diabète Gestationnel
 IMC = Indice de Masse Corporel
 IDE = Infirmière Diplômée d'Etat

PA=Périmètre Abdominal
 EPF = Estimation Poids Fœtal

Echo T3 = échographie du 3^{ème} trimestre
 SA = Semaine d'Aménorrhée

Références

- ✓ Recommandations pour la pratique clinique, Le diabète gestationnel. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Décembre 2010.
- ✓ Cosson E, Critères diagnostiques du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39:239-250.*
- ✓ Metzger B.E., Lowe L.P., Dyer A.R., Trimble E.R., Chaovarindr U., Coustan D.R.. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med 2008 ; 358 : 1991-2002*
- ✓ Protocoles cliniques en obstétrique. Maternité Port Royal. D Cabrol D. Abrégés de périnatalité, Masson. 2008

Annexes

Annexe 1 : Diabète gestationnel : Dépistage

Annexe 2 : Diabète gestationnel : Surveillance au cours de la grossesse

Annexe 3 : Diabète gestationnel : Accouchement

1 – Dépistage (cf. ANNEXE 1)

a) Recommandé chez les patientes à risque

- Age maternel ≥ 35 ans
- Surcharge pondérale (IMC ≥ 25 avant grossesse ou au 1^{er} trimestre)
- Antécédent de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré (parents, fratries)
- Antécédent personnel de diabète gestationnel et/ou d'enfant macrosome (poids de naissance > 90^{ème} centile)
- Apparition d'une macrosomie (PA et/ou EPF > 90^{ème} centile) ou d'un hydramnios à l'écho T3

b) Quand et comment dépister ?

a. Au 1er trimestre à 12 SA, uniquement chez les patientes à risque, par une glycémie à jeun :

- Si glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mM/l) : diagnostic de diabète de type 2
- Si glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mM/l) : diagnostic de diabète gestationnel

b. Au 2^{ème} trimestre (24-28 SA)

- Chez les patientes à risque et glycémie à jeun normale au 1er trimestre
- Chez les patientes à risque et glycémie à jeun non faite au 1er trimestre

Méthode :

- Test OMS : 75g de glucose et glycémie à jeun, à H1 et à H2 après ingestion du glucose
- Valeurs normales : T0 < 0,92 g/l (5,1 mM) ; T1 < 1,80 g/l (10,1 mM) ; T2 < 1,53 g/l (8,5 mM)
- Diagnostic de diabète gestationnel si au moins 1 des 3 valeurs est anormale

c. Au 3^{ème} trimestre

- Chez les patientes à risque n'ayant eu aucun dépistage
- Chez les patientes présentant un hydramnios et/ou des biométries > 97^{ème} centile

Méthode : faire test OMS jusqu'à 30 SA ou cycle glycémique veineux (glycémies à jeun et post-prandial sur 2 repas différents)

NB : Délai pour considérer une patiente à jeun : 12 heures
Pour les patientes ne voulant ou ne pouvant pas réaliser le test OMS (antécédents de chirurgie bariatrique, vomissements...) : réaliser un cycle glycémique veineux (glycémies à jeun et post-prandial sur 2 repas différents).

c) Cas particulier des patientes avec antécédent de chirurgie bariatrique

- Le dépistage est systématique
- En pré-conceptionnel : glycémie à jeun < 1 g/L et HbA1c < 6%
- Au 1^{er} trimestre : glycémie à jeun < 0,92 g/L et HbA1c < 5,9%
- A 24-28 SA :
 - Si chirurgie restrictive (anneau gastrique ; sleeve gastrectomie) : test OMS avec les seuils habituels
 - Si chirurgie malabsorbative (by-pass) ou test OMS non toléré : cycle glycémique veineux durant 2 jours ou cycle glycémique capillaire sur 1 semaine : moins de 20% des valeurs > aux seuils des objectifs glycémiques de suivi (0,95 g/L à jeun ; 1,4 g/L à 1 heure en postprandial ; 1,2 g/L à 2 heures en postprandial)

2 – Prise en charge du diabète gestationnel (cf. ANNEXE 2)

a) Orientation des patientes

En fonction des résultats de la glycémie à jeun :

- Si $\geq 0,92$ g/l et $\leq 1,00$ g/l : consultations avec diététicienne et IDE de diabétologie
- Si $> 1,00$ g/l et $< 1,26$ g/l : consultations avec diététicienne, IDE de diabétologie puis diabétologue 15 jours à 1 mois après
- Si $\geq 1,26$ g/l : hospitalisation programmée en endocrinologie

En fonction des résultats du test OMS :

- Si 1 ou plusieurs valeurs pathologiques : consultations avec diététicienne et IDE de diabétologie
- Si glycémie à jeun > 1 g/l : consultation avec diététicienne, IDE de diabétologie et consultation avec diabétologue à programmer dans les mêmes délais

Si antécédent de chirurgie bariatrique (surtout malabsorbative) :

- Suivi par le médecin nutritionniste référent
- Si pas de médecin nutritionniste référent, contacter le médecin nutritionniste de l'établissement

b) Consignes hygiéno-diététiques

- Suivi du régime alimentaire
- Suivi des objectifs glycémiques : glycémie à jeun < 0,95 g/l ; glycémie post-prandiale (2 heures après le début du repas) < 1,20 g/l
- Activité physique régulière

c) Surveillance obstétricale

Un diabète gestationnel est équilibré si moins de 10% des glycémies capillaires dépassent les taux limites.

Il n'y a pas d'acidocétose diabétique en cas de diabète gestationnel.

a. DG équilibré sous régime seul : suivi identique à une grossesse de déroulement normal

- Pas de consultation systématique en endocrinologie; pas de surveillance supplémentaire par une sage-femme libérale; pas d'échographie supplémentaire
- Possibilité d'alléger la surveillance des glycémies capillaires
- Le dépassement de terme est possible

b. DG équilibré sous insulinothérapie (sans limite de dose d'insuline)

- Suivi clinique et échographique mensuel
- A partir de 32 SA : suivi par une sage-femme tous les 15 jours pour réalisation d'un monitoring et surveillance des glycémies capillaires
- Si macrosomie fœtale et/ou hydramnios à 36 – 38 SA : discuter d'un déclenchement
- Sinon : poursuite de la surveillance possible jusqu'à terme

c. DG déséquilibré sous insulinothérapie

- Suivi clinique et échographique mensuel
- Suivi par une sage-femme 1 à 2 fois/semaine pour réalisation d'un monitoring et surveillance des glycémies capillaires

d. En cas de diabète de type 2 diagnostiqué en début de grossesse

Surveillance rapprochée à partir de 32 SA : Cycle tensionnel, albuminurie et ERCF.

- Suivi clinique et échographique mensuel
- Entre 32 et 34 SA : suivi par une sage-femme 1 fois/semaine pour réalisation d'un monitoring et surveillance des glycémies capillaires
- Après 34 SA : suivi par une sage-femme 2 fois/semaine pour réalisation d'un monitoring et surveillance des glycémies capillaires

3 – Accouchement (cf. ANNEXE 3) et post partum

a) En cas de diabète gestationnel bien équilibré (avec ou sans insuline), sans retentissement fœtal :
Prise en charge analogue à toute grossesse.

b) En cas de diabète gestationnel mal équilibré ou avec retentissement fœtal suspecté ou de diabète de type 2 :

Déclenchement à 39 SA + 0j, si possible.

c) En cas de diabète gestationnel avec estimation de poids fœtal > 4250-4500g :

Discussion d'une césarienne, après explication des bénéfices / risques à la patiente.

d) Remarques :

- Il n'y a pas lieu de réaliser de pelviscanner pour suspicion de disproportion fœto-pelvienne.
- L'utérus cicatriciel associé au DG ne contre indique pas l'accouchement voie basse.
- En cas d'acceptation de la voie basse : aucune surveillance spécifique n'est recommandée.
- Pas d'insulinothérapie systématique pendant le travail. En cas de traitement par fortes doses d'insuline, le diabétologue aura préalablement décidé de la prise en charge durant le travail (concertation préalable préférable).

e) Post partum : Un bilan glycémique est à réaliser à 3 mois de l'accouchement afin de dépister un diabète de type 2.

4 – Prise en charge et surveillance du nouveau-né (cf. protocole « Nouveau-né de mère diabétique »)

La naissance peut avoir lieu dans la maternité de proximité.

a) Alimentation néonatale :

Les nouveau-nés doivent être nourris dans les 30 minutes après la naissance puis régulièrement.

b) Surveillance des glycémies néonatales :

- A réaliser en cas de diabète gestationnel sous insuline, ou en cas de poids de naissance < 10^{ème} centile ou >90^{ème} centile.
- Réaliser la première glycémie juste avant la 2^{ème} tétée.
- Confirmer les hypoglycémies dépistées à la bandelette par un dosage au laboratoire.

c) En cas d'hypoglycémie néonatale :

Cf. protocole « Hypoglycémie du nouveau-né ».

d) Remarque : Aucun autre bilan systématique n'est à réaliser en l'absence de signe clinique.