

# Item 17 : Principales complications de la grossesse – le Diabète Gestationnel (DG)

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Définition du Diabète Gestationnel (DG) .....</b>	<b>4</b>
<b>II Conséquences du Diabète Gestationnel (DG) .....</b>	<b>4</b>
<b>II.1 Conséquences maternelles .....</b>	<b>4</b>
<b>II.2 Conséquences foetales et néonatales.....</b>	<b>4</b>
<b>II.3 Conséquences chez l'enfant .....</b>	<b>5</b>
<b>III Dépistage et diagnostic .....</b>	<b>5</b>
<b>III.1 Tests de charge glycémique .....</b>	<b>5</b>
<b>III.1.1 La méthode en deux temps.....</b>	<b>6</b>
<b>III.1.2 L'autre méthode .....</b>	<b>6</b>
<b>III.2 Dépistage systématique ou ciblé.....</b>	<b>6</b>
<b>IV Principes du traitement.....</b>	<b>7</b>
<b>IV.1 Traitement diabétologique .....</b>	<b>7</b>
<b>IV.2 La surveillance obstétricale.....</b>	<b>8</b>
<b>IV.3 L'accouchement.....</b>	<b>8</b>
<b>IV.4 Le post-partum .....</b>	<b>8</b>
<b>V Annexes.....</b>	<b>9</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>9</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>10</b>
<b>En savoir plus .....</b>	<b>12</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>12</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>14</b>

## PRE-REQUIS

- Métabolisme des glucides
- Modifications de l'organisme au cours de la grossesse
- Impact embryo-fœtale du glucose et ses métabolites

## OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse : diabète gestationnel

SPECIFIQUE :

- Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge du diabète gestationnel

CONSULTER AUSSI :

Sur le campus d'Endocrinologie :

*Item 17: Diabète et grossesse. :* <http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/item17/site/html/1.html>

Sur le campus de Nutrition :

*Items 233 et 17: Prise en charge nutritionnelle des diabètes sucrés. :* [http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition\\_30/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_30/site/html/1.html)

Le **Diabète Gestationnel (DG)** est présent chez 3 à 5 % des femmes enceintes. Son principal intérêt est en termes de santé publique, c'est-à-dire d'identifier une population à haut risque de diabète ultérieur. Il existe des controverses au sujet de son dépistage : modalités, caractère systématique ou ciblé. En l'absence d'essai randomisé (*cf. glossaire*) sur la stratégie

de dépistage du DG, les recommandations actuelles ne s'appuient que sur des arguments indirects.

Il se distingue du **diabète préalable** associé à la grossesse, moins fréquent (0,5 à 1 %), mais qui entraîne des complications maternelles et fœtales beaucoup plus importantes. L'amélioration du pronostic des grossesses chez des femmes diabétiques passe avant tout par une programmation préconceptionnelle, une collaboration multidisciplinaire et une prise en charge adaptée de ces grossesses.

Le cas de figure le plus dangereux, car souvent négligé, est le diabète de type 2 préalable à la grossesse mais méconnu. Sa prévalence est en forte augmentation aujourd'hui.

## **I DEFINITION DU DIABETE GESTATIONNEL (DG)**

---

Le DG est un trouble de la tolérance au glucose de sévérité variable, débutant ou diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse, quelle qu'en soit l'évolution après la grossesse. Il s'agit en fait d'un cadre hétérogène incluant les diabètes préalables méconnus (diabète de type 2++ dont la prévalence augmente) et les troubles glycémiques transitoires dus à l'augmentation de l'insulinorésistance de la femme enceinte en 2e moitié de grossesse.

## **II CONSEQUENCES DU DIABETE GESTATIONNEL (DG)**

---

*(Recommandation : Tournaire M, Fournié A, Cathelineau G, Philippe HJ, Goffinet F, Bafcops M, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Diabète et grossesse [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1996. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_01.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_01.HTM))*

### **II.1 CONSEQUENCES MATERNELLES**

- Immédiate : augmentation de la fréquence de l'HTA gravidique.
- À long terme : 10 à 60 % des femmes deviendront diabétiques dans les 20 ans.

### **II.2 CONSEQUENCES FOETALES ET NEONATALES**

- La macrosomie est présente dans 15 à 30 % des cas avec un risque accru de dystocie des épaules (*cf. glossaire*).

- Il existe un continuum en fonction du niveau d'hyperglycémie (*cf. glossaire*) maternelle, sans seuil absolu ; d'autre part la majorité des macrosomies (*cf. glossaire*) surviennent en l'absence de diabète maternel.
- La mortalité in utero est augmentée en l'absence de traitement si les glycémies à jeun sont supérieures à 1,05 g/L.
- Le risque de malformations congénitales n'est pas significativement augmenté (sauf en cas de diabète préalable méconnu).
- Le principal risque néonatal est l'hypoglycémie (*cf. glossaire*), dont l'incidence est un peu augmentée, selon les taux de glycémie maternelle et la macrosomie de l'enfant (contrairement aux diabètes de type 1 ou de type 2 préexistants où les complications néonatales sont fréquentes).

### II.3 CONSEQUENCES CHEZ L'ENFANT

- Augmentation des risques de diabète de type 2 et d'obésité.

## III DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

---

La recherche d'une glycosurie est obligatoire à chaque consultation prénatale. Toutefois, au cours de la grossesse et du fait de l'abaissement du seuil rénal du glucose, la glycosurie n'est pas un reflet fiable de la glycémie (faux positifs et faux négatifs) et n'est donc pas un bon test de dépistage.

Le dépistage doit donc reposer sur des tests de glycémie. On distingue 2 situations selon le terrain de la femme :

- Chez une femme à haut risque de diabète préexistant, le premier objectif est de détecter un diabète de type 2 méconnu, par la prescription d'une glycémie à jeun dès la première consultation prénatale. Il s'agit des femmes ayant : un antécédent personnel de diabète, une obésité, un parent du 1<sup>er</sup> degré diabétique, un antécédent de grossesse avec malformation, mort in utéro ou macrosomie.
- Chez les autres femmes, le dépistage du diabète gestationnel repose sur un test de charge orale en glucose.

### III.1 TESTS DE CHARGE GLYCEMIQUE

La période la plus adaptée est entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. Schématiquement, deux méthodes sont proposées :

### III.1.1 La méthode en deux temps

Elle est la plus employée et la mieux évaluée.

- Un 1<sup>er</sup> temps de dépistage : le test de O'Sullivan. La prise de sang est réalisée une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose. La définition d'un test positif est une glycémie après surcharge  $> 1,30$  ou  $> 1,40$  g/l, selon le choix que l'on fait de privilégier la sensibilité ou la spécificité.
- Le 2<sup>e</sup> temps, diagnostique, est réalisé si le test de dépistage est positif : HGPO à 100 grammes de glucose. Le diagnostic de DG est retenu sur deux valeurs atteintes ou dépassées à 4 mesures (à jeun, 0,95 g/l ; 1 h, 1,80 g/l ; 2 h, 1,55 g/l ; 3 h, 1,40 g/l).

### III.1.2 L'autre méthode

L'autre méthode est la méthode en un temps (adaptée à partir du test OMS). Le test est positif en cas de résultat  $> 0,95$  g/l à jeun, ou 1,40 g/l (ou 1,55 g/l) deux heures après l'ingestion orale de 75 grammes de glucose. Elle est en cours d'évaluation dans le contexte de la grossesse.

## III.2 DEPISTAGE SYSTEMATIQUE OU CIBLE

- L'importance du dépistage orienté dès le début de la grossesse en cas de haut risque de diabète préexistant méconnu est mentionnée ci-dessus (antécédents de complications périnatales évocatrices : macrosomie, hydramnios (*cf. glossaire*), dystocie des épaules, mort in utero voire malformations fœtales spécifiques ou de diabète gestationnel au cours d'une grossesse précédente, obésité). Si la glycémie initiale est normale, il faut répéter chez ces patientes le dépistage, cette fois par un test de charge entre 24 et 28 SA.

Chez les femmes n'ayant pas de facteur de haut risque, il existe tout de même un risque plus ou moins élevé de diabète gestationnel selon des facteurs de risque intermédiaire. Il s'agit de :

- facteurs existants dès le début de la grossesse (hormis les facteurs majeurs indiqués ci-dessus) : surpoids (IMC  $> 25$  kg/m<sup>2</sup>), origine maghrébine, africaine, antillaise ou asiatique, âge  $> 40$  ans (ou 35 ans),
- facteurs apparus en cours de grossesse : prise de poids excessive, macrosomie ou excès de liquide amniotique, glycosurie, HTA.

Dans tous ces cas, le dépistage est clairement recommandé. Chez les femmes à bas risque (jeunes, de poids normal, sans antécédents dépistage, caucasiennes), le dépistage peut sembler excessif. Toutefois, étant donné que la majorité des femmes ne sont pas à bas risque

et que le dépistage ciblé est difficile à mener en pratique, les recommandations sont en faveur d'un dépistage systématique.

## IV PRINCIPES DU TRAITEMENT

---

### IV.1 TRAITEMENT DIABETOLOGIQUE

Lorsqu'on confirme un diagnostic de DG, l'objectif est d'obtenir une euglycémie (*cf. glossaire*). Les moyens thérapeutiques utilisables sont : mesures diététiques, activité physique, insulinothérapie. Les hypoglycémifiants (*cf. glossaire*) oraux sont à ce jour contre-indiqués au cours de la grossesse (des études sont en cours). Les résultats sont évalués sur l'auto-surveillance glycémique capillaire.

- Mesures diététiques : régime établi avec la diététicienne en fonction de l'enquête alimentaire et du degré de l'éventuelle surcharge pondérale. Régime à 1 800 à 2 000 kcal/j, mais pas moins de 1 500 kcal/j, même chez les obèses avec un apport minimal en hydrates de carbone de l'ordre de 150 à 200 g/j répartis dans la journée en 3 repas et 3 collations.
- Lors d'une consultation diabétologique initiale : explication des enjeux, des méthodes et des objectifs à la patiente. Apprentissage de l'auto-surveillance avec remise d'un lecteur de glycémie et d'un carnet.
- Une activité physique est souhaitable en l'absence de contre-indications obstétricales.
- Objectifs : glycémie à jeun < 0,95 g/l, glycémie 2 heures après le repas habituel < 1,20 g/l.
- Période de jugement initial de l'efficacité des mesures diététiques, 4 à 6 glycémies par jour au moins, comportant glycémie à jeun et postprandiale des 3 principaux repas, sur une période de 7-10 jours.
- Puis, si le régime est efficace (70-80 % des cas), glycémie à jeun et postprandiale au moins une fois par jour. Consultation diabétologique tous les 15 jours.
- En cas de persistance de l'hyperglycémie malgré le régime, hospitalisation (de jour) pour instaurer l'insulinothérapie. Puis, consultation bimensuelle pour adapter les doses. L'insulinothérapie sera interrompue à l'accouchement.

## **IV.2 LA SURVEILLANCE OBSTETRICALE**

La surveillance obstétricale dépendra de l'atteinte ou non des objectifs glycémiques. S'ils sont atteints avec le régime seul, les modalités de surveillance sont les mêmes que pour une grossesse normale. Inversement, la surveillance sera renforcée si les objectifs ne sont pas atteints ou si une insulinothérapie a été nécessaire. Elle est alors superposable à la surveillance obstétricale proposée en cas de diabète préalable.

## **IV.3 L'ACCOUCHEMENT**

L'objectif principal est d'éviter la dystocie des épaules sans pour autant entraîner d'interventions inutiles et iatrogène (*cf. glossaire*) s. Les indications éventuelles d'une césarienne ou d'un déclenchement artificiel du travail seront discutées au cas par cas en fonction des antécédents obstétricaux, de l'équilibre glycémique, de l'estimation de poids fœtal, et des procédures de l'équipe obstétricale.

## **IV.4 LE POST-PARTUM**

- Arrêt de l'insuline à l'accouchement et surveillance des glycémies pendant le travail.
- Poursuite de l'autocontrôle pendant le post-partum, régime adapté.
- Contraception idem aux diabètes préalables. La contraception œstroprogestative est aujourd'hui autorisée en l'absence d'autres contre-indications,
- L'objectif principal de la prise en charge est d'assurer un suivi et une prévention au long cours. Afin de détecter précocement un diabète de type 2, glycémie à jeun ou HGPO 75 grammes 3 à 6 mois après l'accouchement, puis tous les ans environ (pas de consensus). La réduction pondérale (si elle est nécessaire) et l'activité physique retardent l'apparition d'un diabète de type 2.

*(Recommandation : Lassmann-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G, Fenichel P, Laborde D, Mouroux D, et al. Grossesse et contraception chez la femme diabétique – Diabète gestationnel [Internet]. Association de Langue Française pour l'Étude du DIAbète et des Maladies métaboliques (ALFEDIAM); 1996. : <http://www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam-grossesse.asp>)*

## V ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- dystocie des épaules : Dystocie des épaules ou dystocie osseuse : Difficultés de l'accouchement liées au bassin osseux maternel, se caractérisant par l'absence d'engagement des épaules après expulsion de la tête. L'augmentation du diamètre biacromial (> à 13 cm) ou parfois son orientation anormale dans le diamètre antéropostérieur provoque la butée des saillies acromio-claviculaires sur la margelle du détroit supérieur. Cette dystocie est à différencier de la difficulté aux épaules qui correspond à un blocage de l'épaule postérieure dans l'excavation.
- essai randomisé : Essai dans lequel les personnes sont réparties en différents groupes par randomisation, c'est-à-dire par tirage au sort.
- euglycémie : Concentration normale de glucose dans le sang.
- hydramnios : Excès de liquide amniotique pendant la grossesse. Chez l'être humain, l'hydramnios se définit par la mesure de l'index amniotique. Un index supérieur à 25 cm établit le diagnostic.
- hyperglycémie : Glycémie trop élevée (taux de sucre dans le sang). Pour un être humain, ceci correspond à une glycémie supérieure à 1,26 g/L à jeun, et à 2 g/L le reste du temps. Celle-ci est un des symptômes révélateurs d'un diabète.
- hypoglycémiant : Terme désignant tout ce qui diminue le taux de sucre dans le sang. Les médicaments antidiabétiques oraux (médicaments à avaler) nécessitent une surveillance étroite à cause de leurs effets indésirables qui sont quelquefois gravissimes.
- hypoglycémie : Glycémie trop basse, diminution de la quantité de glucose (sucre de façon générale) contenue dans le sang au-dessous de 0,5 grammes par litre (soit 2,8 millimoles par litre). Le glucose est la principale substance énergétique susceptible de faire défaut au cerveau. Une carence en glucose entraîne des perturbations et un fonctionnement anormal de cet organe, pouvant aller jusqu'à des lésions cellulaires et tissulaires, et même jusqu'à la mort quand la carence se prolonge dans le temps. Comparativement aux autres tissus, le cerveau ne peut utiliser d'autres sources énergétiques comme les acides gras (constituants de base des corps gras : lipides). La valeur de la glycémie n'a pas de signification propre lorsqu'elle est basse ; ce qui caractérise l'hypoglycémie, c'est l'association de la glycémie basse à des symptômes témoignant du fonctionnement anormal du cerveau, la neuroglucopénie.

- iatrogène : Iatrogénie ou iatrogénèse : aggravation de la pathologie traitée ou apparition d'une nouvelle maladie, d'un état, d'un effet secondaire, etc., provoquée par un traitement médical, prescrit par un médecin ou par d'autres professionnels de la santé (par exemple un pharmacien).
- macrosomie : État d'un bébé dont le poids, à la naissance, dépasse 4 kg et, durant la grossesse (grâce à l'échographie), un bébé présentant des dimensions dépassant des valeurs normales maximales, c'est-à-dire, pour les spécialistes en pédiatrie, le 90e percentile (visible sur une courbe). Ceci signifie qu'un bébé atteint de macrosomie fœtale a avant tout le diamètre de son abdomen, et plus précisément le Diamètre Abdominal Transverse (DAT), plus élevé que la moyenne ainsi qu'une circonférence de son abdomen (son ventre) également importante.
- test de O'Sullivan : Test de tolérance glucidique, destiné à mettre à l'épreuve les mécanismes de régulation du glucose sanguin maternel. Le test s'effectue, en cours de grossesse, entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée (soit 22 et 26 semaines de grossesse).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- : Diabète gestationnel (item N° 17B). Université Louis Pasteur (ULP), Faculté de Médecine de Strasbourg; 2004.
- : Diabète gestationnel : une alternative à l'insulinothérapie. La Presse Médicale. 2001 Feb;30(4):169.
- : La femme enceinte diabétique. Annales d'Endocrinologie. 2003 Jun;64(3):7-11.
- : Prise en charge des femmes diabétiques au cours de la grossesse et de l'accouchement. Le praticien en anesthésie réanimation. 1998 Mar;2(1):13.
- Beer S, Alexandre K, Pécoud S, Ruiz J. : Diabète gestationnel : le suivi s'arrête-t-il après l'accouchement ? Revue Médicale Suisse. 2006 May;2(68):1468-1472.
- Boivin S, Dercour-Gury H, Perpetue J, Jeandidier N, Pinget M. : Diabète et grossesse. Annales d'Endocrinologie. 2002 Oct;63(5):480-487.
- Boulvain M. : Gynécologie-obstétrique : Prise en charge du diabète gestationnel : quoi de neuf en 2005 ? Revue Médicale Suisse. 2006 Jan;2(48):119-121.
- Chevalier N, Hiéronimus S, Fénichel P. : Réflexions sur le dépistage du diabète gestationnel. Médecine des maladies Métaboliques. 2009 Jan;3(1):69-74.

- Clay JC, Deruelle P, Fischer C, Couvreur-Dif D, Vambergue A, Cazaubiel M, et al. : Quinze questions pratiques concernant le diabète gestationnel. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007 Sept;35(9):724-730.
- Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et maladies Métaboliques. : Item 17 : Diabète et grossesse. Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF) ; 2009.
- Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques. : Item 17 : Diabète et grossesse. Université du Droit et de la Santé de Lille 2, Faculté de Médecine Henri-Warembourg; 2002 Nov.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Diabète gestationnel. In: *Gynécologie Obstétrique*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 296-300.
- Deruelle P, Clay JC, Cazaubiel M, Subtil D, Fontaine P, Vambergue A. : Diabète gestationnel. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Obstétrique*. 2009; 5-042-C-20.
- Ducarme G, Muratorio C, Luton D. : Contre le dépistage systématique du diabète gestationnel. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2008 May;36(5):564-566.
- Émile C. : Dépistage du diabète gestationnel : des recommandations en évolution. *Option Bio*. 2010 Apr;21(434):9-10.
- Fénichel P, Hiéronymus S, Harter M, Gillet JY. : Diabète et grossesse. *Endocrinologie-Nutrition*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Endocrinologie-Nutrition*. 1998; 10-366-G-10.
- Fournié A, Le Digabel JF, Biquard F, Vasseur C, Gillard P, Descamps P. : Les indications obstétricales dans le diabète gestationnel : déclencher ou ne pas déclencher. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2002 Oct;31(S6):21-29.
- Grimaldi A. : Diabète gestationnel, ou comment définir la norme ? *Médecine des maladies métaboliques*. 2009 Jan;3(1):5.
- Lansac J. : Diabète gestationnel. *Wikinu Collège Obstétrique*; 2004.
- Lepercq J. : Diabète et grossesse : quoi de neuf pour l'obstétricien ? *Médecine des maladies Métaboliques*. 2007 Sept;1(3):88-92.
- Lepercq J. : Y a-t-il un dépistage biologique de référence du diabète gestationnel ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2004 Jun;32(6):549-555.
- Mandelbrot L, Legardeur H, Girard G. : Dépistage du diabète gestationnel : le temps est-il venu de revoir les recommandations ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2010 Jun;38(6):409-414.

- Munoz-Pons C, Da Costa Correia E, Manhes G, Thieblot P.: Éducation thérapeutique : la valeur ajoutée à la prise en charge maternofoetale du diabète gestationnel (DG) : Éducation thérapeutique et diabète gestationnel. La revue Sage-femme. 2004 Nov;3(5):204-209.
- Pintiaux A, Foidart JM.: Le diabète gestationnel. Revue Médicale de Liège. 2005;60(5-6):338-343.
- Rheault C.: Alimenter la controverse : Traiter le diabète gestationnel préviendrait les complications périnatales. L'actualité médicale. 2006 Oct 18;42.
- Rosenberg E.: Le dépistage systématique du diabète de grossesse : est-ce vraiment nécessaire ? Le Médecin du Québec. 2005 Jul;40(7):43-47.
- Schmitz T.: Pour le dépistage systématique du diabète gestationnel. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008 May;36(5):567-569.
- Vambergue A, Deruelle P, Samouelian V, Fontaine P.: Diabète gestationnel : où en sommes-nous en 2007 ? Médecine des maladies métaboliques. 2008 May;2(3):270-278.
- Vambergue A, Valat AS, Dufour P, Cazaubiel M, Fontaine P, Puech F.: Physiopathologie du diabète gestationnel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2002 Oct;31(S6):3-10.
- Vialettes B.: Devenir métabolique du diabète gestationnel. Annales d'Endocrinologie. 2003 Oct;64(4):333-334.

### EN SAVOIR PLUS

- Item 17 : Diabète et grossesse. : <http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignement/item17/site/html/1.html>
- Items 233 et 17 : Prise en charge nutritionnelle des diabètes sucrés. : [http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition\\_30/site/html/1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_30/site/html/1.html)

### RECOMMANDATION

- Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. HAS; 2005 Jul. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272475/rapport-de-synthese-sur-le-depistage-et-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272475/rapport-de-synthese-sur-le-depistage-et-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel)

- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS; 2007 May. : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
- Lassmann-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G, Fenichel P, Laborde D, Mouroux D, et al. Grossesse et contraception chez la femme diabétique - Diabète Gestationnel. Association de Langue Française pour l'Étude du DIAbète et des Maladies métaboliques (ALFEDIAM); 2001. : <http://www.alfediam.org/magazine/alfediam-grossesse.html>
- Lassmann-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G, Fenichel P, Laborde D, Mouroux D, et al. Grossesse et contraception chez la femme diabétique - Diabète gestationnel [Internet]. Association de Langue Française pour l'Étude du DIAbète et des Maladies métaboliques (ALFEDIAM); 1996. : <http://www.alfediam.org/membres/recommandations/alfediam-grossesse.asp>
- Lepercq J, Vayssière C, Boulot P, Burdet I, Criballet G, Fau C. Recommandations pour la pratique clinique - Le diabète gestationnel. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2010. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_DIABETE\\_2010.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf)
- Madelenat P, Goffinet, Dreyfus M, Ardaens Y, Bouyer J, Canis C, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2003. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_11.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM)
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC). Dépistage du diabète sucré gestationnel. Directives cliniques de la SGOC. 2002 Nov;121:1-10. : <http://www.sogc.org/guidelines/public/121F-CPG-Novembre2002.pdf>
- Tournaire M, Fournié A, Cathelineau G, Philippe HJ, Goffinet F, Bafcops M, et al. Recommandations pour la pratique clinique : diabète et grossesse. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1996. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_01.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_01.HTM)
- Tournaire M, Fournié A, Cathelineau G, Philippe HJ, Goffinet F, Bafcops M, et al. Recommandations pour la pratique clinique : Diabète et grossesse [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1996. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_01.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_01.HTM)

## **ABREVIATIONS**

- DG : Diabète Gestationnel
- HGPO : HyperGlycémie Provoquée par voie Orale
- HTA : HyperTension Artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SA : Semaine d'Aménorrhée