

# Diabète gestationnel

Dépistage, prise en charge et  
recommandations

Journée du médecin de famille, 10 juin 2004

# Diabète gestationnel

- Prévalence: 3 à 6%
- Quel test? Quel seuil?
- Quelle population ?
- A quel moment de la grossesse?

# Thèse C.Saillard mai 2004

- 28597 femmes enceintes région Centre 07-2001 à 06-2002 (registre CPAM): 4486 O'Sullivan (4328 patientes, soit 15,1%)
- 1760 tests prescrits par le médecin généraliste, soit 39% des tests prescrits
- 1795 HGPO effectuées, soit 6% des patientes (1778), 51% prescrites par le généraliste
- 26524 glycémies veineuses effectuées, soit 73,8%, 56,1% par le généraliste

# Dépistage du diabète

- Sur facteurs de risque (50% des DG n'ont pas de FDR)
- HGPO à tout le monde: coût et gêne fonctionnelle
- Glycémies capillaires imprécises
- Glycosuries: seuil rénal abaissé
- Hémoglobine glycosylée

# Dépistage du diabète

- Test de O'Sullivan ou test de surcharge
- Prélèvement veineux avec dosage de la glycémie sur le plasma une heure après une dose de charge de 50g de glucose
- Pas de glycémie à jeûn
- Régime normal, à jeûn ou 2-3h du petit déjeuner
- Diagnostic de diabète d'emblée si test  $> 2\text{g/l}$  (11 mmol/l)

# Test de O'Sullivan

- Seuil? Entre 1,3g/l (7,2 mmol/l) et 1,40 g/l (7,8)
- Si 1,3g/l, 100% DG mais 25% d'HGPO
- Si 1,40g/l, 90% DG mais 15% d'HGPO
- $>1,4\text{g/l}$ : HGPO
- $<1,3\text{g/l}$ : pas de diabète
- Entre 1,3 et 1,4: HGPO si facteurs de risque

# Diagnostic du diabète

- HGPO avec 100g de glucose, régime normal
- A jeûn: 0,95g/l 5,3mmol/l
- H1: 1,80 10,1
- H2: 1,55 8,7
- H3: 1,40 7,8
- Diabète si 2 valeurs pathologiques
- Intolérance au glucose si 1 valeur pathologique
- Si vomissements: Dextros ou glycémies à jeûn et postprandiales

# Intolérance au glucose

- Plus de macrosomie et pré-éclampsie que population normale, mais pas plus de morbidité néonatale.
- Diminuer les sucres rapides.
- Contrôle glycémies à jeûn et postprandiales tous les 15 jours.
- Suivi clinique et échographique (TA, poids fœtal...)

# Terme du dépistage

- Premier trimestre si facteurs de risque
- 24-28 SA pour tout le monde
- 30-34 SA si FDR et premier test normal ou 1 valeur pathologique
- Après 32 SA, et pas de premier test: HGPO d'emblée
- Le délai entre O'Sullivan et HGPO ne doit pas dépasser une semaine

# Facteurs de risque

- Atcd de diabète gestationnel
- Atcd familiaux maternels de diabète de type 2
- Macrosomie fœtale  $> 4\text{kg}$
- Surpoids maternel:  $\text{P/T2} > 25$  avant la grossesse
- Age  $> 35$  ans
- Ethnie asiatique

# Diabète gestationnel

- Prise en charge/ information/ éducation +++
- Consultation en diabétologie
- Mesure diététiques
- Autosurveillance glycémique
- Dextro 6/j (avant et 2h après repas) pendant 1 semaine, ou Glycémie à jeûn et postprandiale 2x/sem pendant 2 semaines

# Objectifs surveillance diabète

- Glycémie à jeûn < 0,90-0,95 g/l
- Glycémie 2 heures après le début du repas < 1,05-1,20 g/l
- 55 à 65% équilibre par diététique seule
- Si équilibre: 2 dextros/j ou GJ et PP 1x/sem
- Si déséquilibre:
  - PP entre 1,05 et 1,15: Glyc PP 1 sem + diabéto
  - PP >1,15, ou à jeûn > 0,9: insulinothérapie
- Sinon insulinothérapie débutée à 0,7 UI/Kg

# Diabète gestationnel

- Surveillance obstétricale
- Idem grossesse normale si diabète bien équilibré
- Surveillance échographique plus rapprochée (biométrie, morphologie, liquide amniotique)
- Mesure du septum interventriculaire
- Augmentation du risque de pré-éclampsie
- 37,5% de macrosomie si déséquilibré

# Conduite à tenir proposée

- Pour diabète équilibré, surveillé
- Accouchement après 38 sa
- Césarienne si > 4250g/4500g
- Pas d'indication au déclenchement avant 38 sa
- Poursuite de la surveillance glycémique capillaire pendant et après le travail
- Allaitement maternel +
- Contraception microprogestative ou oestro-progestative (non CI)

# Diabète gestationnel

- Risque ultérieur de diabète:
  - Glycémie à jeûn ou HGPO 6 à 10 semaines après l'accouchement (à distance allaitement et OP)
  - Diminution du risque par une prise en charge du poids et d'une activité physique: consultation diabétologue +++

# Conclusion

- O'Sullivan pour toutes à 24 sa
- HGPO si  $>1,4\text{g/l}$  ou  $>1,3\text{g/l}$  si FDR
- Si DG: surveillance/ education
- Suivi postpartum
- Info risque récidive grossesse suivante

# Grossesse et diabète préexistant

- Contre indication anti-diabétiques oraux
- Risque de malformations fœtales (hyperglycémie premier trimestre), macrosomie, pré-éclampsie
- Grossesse programmée+++
- Bilan vasculaire avant la grossesse (recherche retino, coronaro, ou néphropathies)
- Suivi diabéto et gynécologique indispensable
- L'équilibre doit être parfait (0,90/ 1,20)
- Pas de césarienne itérative

# Diabète et grossesse: contraception postpartum

Diabète type 1:

- Macroprogestatifs
- DIU
- Oestro-progestatifs chez la femme jeune
- Implant progestatif, microprogestatis

Diabète type 2: idem sauf oestro-progestatifs