

# Diabète gestationnel IC-255

- Connaître la définition, les modalités de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel (DG)
- Connaître les complications maternelles, fœtales et néonatales du DG
- Connaître les facteurs de risque du DG
- Connaître l'influence de la grossesse sur la sensibilité à l'insuline et la possibilité de survenue d'un diabète gestationnel en cas de défaut d'adaptation de la sécrétion d'insuline
- Connaître les principes de prise en charge basée sur le mode de vie et de recours à l'insulinothérapie
- Connaître la surveillance obstétricale en dehors de la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré
- Connaître les risques métaboliques à long terme

## Connaître la définition, les modalités de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel (DG) OIC-255-01-A

**Diabète gestationnel** = trouble de la tolérance glucidique de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement et l'évolution dans le post-partum. Diffère du diabète prégestationnel par le fait qu'il n'est pas préexistant à la grossesse. Différence difficile à faire en l'absence d'antériorité de glycémie avant la grossesse car le diabète de type 2 notamment est souvent asymptomatique.

Le niveau **d'hyperglycémie** à la découverte est un élément diagnostique (cf tableau).

### Dépistage du diabète gestationnel chez une femme enceinte :

Dépistage sélectif sur  $\geq 1$  de ces critères :

Âge  $\geq 35$  ans

IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>

Antécédents familiaux de 1er degré de diabète

Antécédent de diabète gestationnel

Antécédent d'enfant macrosome

Modalités de dépistage dans le cadre d'une **consultation de suivi de grossesse normale (1er, 2ème et 3ème trimestre)**

En début de grossesse par un glycémie à jeun

Entre 24 et 28 SA par une charge orale de 75g de glucose

### Seuils diagnostiques :

		Diabète gestationnel	Diabète avéré découvert pendant la grossesse
En début de grossesse	Glycémie à jeun	0,92–1,25 g/l	$\geq 1,26$ g/L
24–28 SA	Glycémie à jeun	0,92–1,25 g/l	$\geq 1,26$ g/L
Charge orale de 75g de glucose	Glycémie à 1h	$\geq 1,80$ g/L	
	Glycémie à 2h	1,53–1,99 g/l	$\geq 2$ g/L

Les hyperglycémies découvertes pendant la grossesse regroupent le diabète gestationnel précoce, le diabète gestationnel et le diabète avéré découvert pendant la grossesse.

## Connaître les complications maternelles, fœtales et néonatales du DG OIC-255-02-B

### A court terme

#### Complications maternelles

Hypertension artérielle gravidique (**hypertension pendant la grossesse**), prééclampsie (**protéinurie**)

Césarienne

Ces complications sont corrélées au degré d'hyperglycémie initiale. Le risque augmente s'il existe un surpoids ou une obésité maternelle

#### Complications fœtales

Macrosomie (dystocie des épaules)

Hypoglycémies néonatales

Malformations (augmentation du risque si diabète de type 2 méconnu)

# Connaître les facteurs de risque du DG OIC-255-03-A

Facteurs de risque de DG = critères de dépistage

Âge  $\geq$  35 ans

IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>

Antécédents familiaux de 1er degré de diabète

Antécédent de diabète gestationnel

Antécédent d'enfant macrosome

---

## Connaître l'influence de la grossesse sur la sensibilité à l'insuline et la possibilité de survenue d'un diabète gestationnel en cas de défaut d'adaptation de la sécrétion d'insuline OIC-255-04-B

Phase d'insulinorésistance physiologique en seconde partie de grossesse liée :

Aux Hormones placentaires

Aux hormones maternelles (cortisol, leptine, hormone de croissance)

En situation physiologique = hyperinsulinisme réactionnel permettant le maintien d'une euglycémie

En cas de fonction pancréatique déficiente à apparition d'une **hyperglycémie** et donc d'un diabète gestationnel

---

## Connaître les principes de prise en charge basée sur le mode de vie et de recours à l'insulinothérapie OIC-255-05-B

Les femmes présentant une hyperglycémie découverte pendant la grossesse doivent être prises en charge dès le diagnostic. Un dépistage positif en début de grossesse n'est pas répété après 24 SA, le diagnostic étant posé et la prise en charge débutée.

**Autosurveillance glycémique** : 6 fois/jour (avant et après chaque repas)

**Objectifs glycémiques** :

Glycémie à jeun < 0,95 g/l

Glycémie 2h après repas < 1,20 g/l

La base de la prise en charge repose sur les **modifications thérapeutiques du mode de vie** :

**Diététique** :

30 à 35 kcal/kg si poids normal et 25 kcal/kg si surpoids ou obésité

Fractionnement des repas pour contrôler la glycémie postprandiale

Activité physique modérée et régulière sauf contre-indication obstétricale

**Insuline** : si échec des **modifications thérapeutiques du mode de vie**. Traitements hypoglycémisants oraux contre indiqués durant la grossesse.

---

## Connaître la surveillance obstétricale en dehors de la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré OIC-255-06-B

En cas de DG équilibré par le régime et en l'absence d'autre pathologie ou facteur de risque associés, les modalités de surveillance seront celles d'une grossesse normale (**Consultation de suivi de grossesse normale - 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre**). La présence de facteurs de risque surajoutés (âge maternel élevé, obésité, mauvais équilibre glycémique, antécédents d'HTA chronique) peut justifier d'un rythme de surveillance (pression artérielle, recherche d'une **protéinurie**) plus rapproché que le suivi prénatal mensuel, en raison du risque accru de prééclampsie. Un suivi échographique mensuel peut être proposé pour les diabètes mal équilibrés ou sous insuline.

En fin de grossesse :

En cas de DG bien équilibré par le régime seul ou par l'insuline, et sans macrosomie fœtale, il n'y a pas de raison de déclencher avant le terme (41 SA).

En cas de DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal (macrosomie surtout), il est possible d'induire le travail à 39 SA.

# Connaître les risques métaboliques à long terme OIC-255-07-A

Pour la mère:

- Évolution vers un diabète de type 2 dont le risque augmente avec le temps et la prise de poids (risque augmenté d'un facteur 7 ; 50% d'anomalies glycémiques et 10% de diabète de type 2 à 10 ans).
- Apparition d'un syndrome métabolique
- Risque doublé de pathologie cardio-vasculaire
- Risque de récurrence du diabète gestationnel

Pour l'enfant:

- Risque de surpoids pendant l'enfance et l'adolescence
- Risque de diabète de type 2 augmenté à l'âge adulte

---

**UNESS.fr / CNCCEM** - <https://livret.uness.fr/lisa> - Tous droits réservés.