RÉFÉRENTIELS D'OBSTÉTRIQUE

DIABÈTE GESTATIONNEL

naître
en languedoc roussillon

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon
Espace Bertin Sans – Bât. C – 1er étage – 59, avenue de Fès
34080 MONTPELLIER
Téléphone :04 67 04 01 53
Email : naitre.lr@nglr.fr

Ce référentiel a été rédigé sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par les professionnels de santé du Languedoc Roussillon suivants :

- **BOULET Françoise**, Endocrinologue, CHU Montpellier
- **BOULOT Pierre**, Gynécologue Obstétricien, CHU Montpellier
- **BOURRIE Christine**, Endocrinologue, Montpellier
- **BRUNET Cécile**, Endocrinologue, CHU Montpellier
- **CAILHOL Annick**, Endocrinologue, Millau
- **CLOUET Sophie**, Endocrinologue, Montpellier
- **COSMA Valéria**, Endocrinologue, CHU Nîmes
- **CRIBALLET Gisèle**, Sage femme, Coordinatrice réseau périnatal, St Gély du Fesc
- **DUJARDIN-CAPIEU Marie Agnès**, Endocrinologue, Nîmes
- **GALTIER Florence,** Endocrinologue, CHU Montpellier
- **GHANASSA Edouard**, Endocrinologue, Sète
- **GRAS-VIDAL Marie Françoise**, Endocrinologue, Montpellier
- **GUEDJ Anne Marie**, Endocrinologue, CHU Nîmes
- **JULLIEN-DURMONT Dominique**, Endocrinologue, Montpellier
- **PARER RICHARD Claire**, Endocrinologue, Montpellier
- **POCHIC Julie,** Endocrinologue, CHU Montpellier
- **REY de RASILLY Françoise**, Endocrinologue, Sète
- **RIVIERE Christine**, Endocrinologue, Montpellier
- **ROUQUETTE Nicole**, Endocrinologue, Montpellier
- **SAJAS Christiane**, Endocrinologue, Lunel
- **VIGIER SIMORRE Nathalie**, Endocrinologue, CH Narbonne

SOMMAIRE

DÉPISTAGE et DIAGNOSTIC : (recommandations CNGOF 2010)..... 4
1. DÉS LE DÉBUT DE La GROSSESSE 4
2. ENTRE 24-28 SA, DÉPISTAGE PAR HGPO 75g.....4
3. SI HYDRAMNIOS ET BIOMÉTRIES >97IÈME PERCENTILE AU 3IÈME TRIMESTRE : 4

TRAITEMENT 5
1. MESURES HYGIÈNO-DIÉTÉTIQUES : 5
2. SURVEILLANCE GLYCÉMIQUE 5
3. QUAND ENVISAGER L'INSULINOTHÉRAPIE ? 5
4. SUIVI 5

PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE 5
1. ÉCHOGRAPHIES HABITUELLES (12-22 ET 32 SA): 5
2. SURVEILLANCE FOETALE : EN FONCTION DU DG.....5
3. ACCOUCHEMENT 6

POST PARTUM..... 6

ANNEXE 1 : Insulinothérapie pendant travail 7

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le *post-partum* (OMS).

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC : (RECOMMANDATIONS CNGOF 2010)

1. DÉS LE DÉBUT DE LA GROSSESSE

- **Seulement si facteurs de risques :**
  - Age ≥ 35 ans
  - IMC ≥ 25 kg/m2
  - Antécédents de DG et/ou macrosomie à une grossesse précédente
  - Antécédent familial au 1er degré de Diabète Sucré type 2
  - Eventuellement si OPK (reco professionnels NLR)

  - **Chez ces patientes à risque faire une glycémie veineuse à jeun** (à jeun=**12h sans manger**):
    - Si glycémie à jeun ≥ 0,92g/l : diagnostic de DG
    - Si glycémie ≥ 1.26 g/l : diagnostic de diabète de type 2

Un seul dosage anormal suffit à poser le diagnostic

2. ENTRE 24-28 SA, DÉPISTAGE PAR HGPO 75G

- **A faire uniquement dans les cas suivants :**
  - Si facteur de risque et glycémie à jeun normale au 1er trimestre
  - Si facteur de risque et glycémie à jeun non réalisée au 1er trimestre
- **Méthode :**
  HGPO, avec 75g de glucose et dosage de la glycémie à jeun, à 60 mn et à 120 mn
  La patiente doit rester au laboratoire au repos pendant tout le test et ne pas fumer.

Une seule valeur anormale pose le diagnostic

Valeurs normales (VN)
- **T0 < 0,92g/l**
- **T60mn < 1,80 g/l**
- **T120mn < 1,53 g/l**

Recommandations CNGOF 2010/IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups)

Dans tous les cas, la décision de dépister ou non le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelle.

NB : pour les patientes ne voulant ou ne pouvant pas ingérer le glucose, prescrire d'emblée des cycles de glycémies capillaires (4 à 6/j) sur 48h.

3. SI HYDRAMNIOS ET/OU BIOMÉTRIES >97IÈME PERCENTILE AU 3IÈME TRIMESTRE :

- **Pas de facteurs de risque : Faire HGPO et/ou cycle glycémique capillaire**
- **Avec facteurs de risques faire un cycle glycémie capillaire**

La prise en charge doit être initiée dès le diagnostic (rapide++)

TRAITEMENT

1. MESURES HYGIÈNO-DIÉTÉTIQUES :

- **Patientes de poids normal :** 25 à 35 kcal/kg/j avec 40% à 50% de glucides, 20% protides, 20% lipides avec fractionnement (4/j) des prises alimentaires
- **Patientes obèses** : 1600 à 1800Kcal/j (ne pas descendre en dessous de ces valeurs +++) avec la même répartition
- **Dans tous les cas (sauf MAP)** recommander une activité physique régulière (marche, natation : 30mn 3 à 5 fois/semaine)

2. SURVEILLANCE GLYCÉMIQUE

A mettre en place dés le diagnostic en même temps que la diététique.

- **Glycémies capillaires à jeun et post prandiales** (2h après début du repas) soit 4/j. prescription ou don lecteur glycémique avec autopiqueur, éducation à l'autosurveillance et fournir un carnet d'autosurveillance.
- **La fréquence des cycles glycémiques capillaires sera adaptée aux résultats obtenus** : si résultats corrects surveillance 3j/semaine.

Réévaluation diabétologue après 7 à 10 jours.

3. QUAND ENVISAGER L'INSULINOTHÉRAPIE ?

Les antidiabétiques oraux n'ont pas l'AMM au cours de la grossesse.

- Objectifs glycémiques :
  - A jeun < 0,90g/l (Accord professionnels NLR)
  - Post-prandiale <1,20g/l (2h post repas)
- Si objectifs non atteints envisager insulinothérapie.

4. SUIVI

Pas d'intérêt de l'HbA1c. (En dehors des diabètes de type 2)

- **Surveillance glycémique normale :** Consultation diabétologue non indispensable
- **Surveillance glycémique anormale :** consultation diabétologue **indispensable** :
  - Insulinothérapie
  - 6 glycémies capillaires/j
  - Suivi Diabétologue

PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

1. ÉCHOGRAPHIES HABITUELLES (12-22 ET 32 SA)

- Recherches malformations (exceptionnelles sauf si diabète de type 2 préexistant)
- Anomalies croissance : particulièrement la macrosomie, mais on connaît l'imprécision des estimations de poids fœtal…
- Liquide amniotique en excès
- La mesure du septum interventriculaire : **sans intérêt**

2. SURVEILLANCE FOETALE : EN FONCTION DU DG

- DG sous régime seul et sans retentissement obstétrical : suivi comme une grossesse normale. Tout au plus, il est possible d'évaluer à 36 SA, mais avec les imprécisions que l'on sait, la croissance fœtale par une échographie supplémentaire

- DG insuliné bien équilibré et sans retentissement obstétrical : idem grossesse normale. Tout au plus, il est possible d'évaluer à 36 SA, mais avec les imprécisions que l'on sait, la croissance fœtale par une échographie supplémentaire.
- DG sous insuline mal équilibré ou avec complications (HTA-dysgravidie, macrosomie) ou ATCD de MFIU
  - Surveillance plus rapprochée (ERCF, biométrie doppler tous les 15j).
  - Lieu d'accouchement et modalités de surveillance du NNé sont à discuter entre GO, pédiatre et diabétologue. Une consultation anténatale avec un pédiatre est conseillée

3. ACCOUCHEMENT

- **DG non compliqué : possibilité dans maternité niveau I**
  - Pas de déclenchement systématique à envisager
- **DG insuliné non compliqué : possibilité dans maternité niveau I**
  - Pas de déclenchement systématique à envisager
  - Normalisation glycémie ++ (insulinothérapie pendant travail si nécessaire)
  - Arrêt insulinothérapie après accouchement
- **DG compliqué : (macrosomie-HTA-RCIU-ATCD de MFIU- déséquilibre glycémique)**
  - Concertation pluridisciplinaire (GO-pédiatre-diabétologue) pour date, modalités et type de maternité pour le lieu de naissance (il n'est pas recommandé de dépasser 38SA et 6j)
  - Normalisation glycémie ++ (insulinothérapie pendant travail)
  - Arrêt insulinothérapie après accouchement
- **Indication césarienne avant travail :**
  - Fonction du contexte obstétrical (bassin, parité, ATCD….)
  - En l'absence d'autres facteurs, césarienne recommandée si estimation de poids fœtal entre 4250/4500g

POST PARTUM

- Arrêt insulinothérapie
- Surveillance glycémique (poursuite 4 glycémies capillaires/jour pendant 48h : à jeun et 3 post-prandiales) pour ne pas méconnaître un diabète de type 2
- Contraception microprogestatifs non contre indiquée. Pas d'oestroprogestatifs avant l'HGPO.
- A 3 mois : HGPO (TO et T120mn ,75g glucose) et Cs° diabétologue si anormale (critères OMS sur le diabète : Glycémie à jeun ≥ à 1,26g/l et/ou glycémie T120 ≥à 2g/l)
- Information de la patiente pour les risques ultérieurs à long terme (glycémie à jeun tous les 1 à 3 ans) et en cas de nouvelle grossesse (DG à rechercher dès <u>début</u> grossesse par dosage de la glycémie à jeun).

ANNEXE 1 : INSULINOTHÉRAPIE PENDANT TRAVAIL

Lors de l'admission en salle de naissance : pose de 2 voies veineuses. (Exemple à titre indicatif)
Surveillance glycémie capillaire horaire +/- cétonurie.
Débuter insulinothérapie si glycémie>1.44 g/l. (accord professionnel)

1ère voie :

Ringer 500ml + 10 U Syntocinon ou Ringer 1000ml (APD)

2ème voie :

G5% + NaCl (4g/l) et KCL (2g/l) : vitesse 100ml/h
SA insuline (Novorapid ou Humalog: 1U/ml) : vitesse fonction dextro horaire (prélèvement coté 1ére voie)

Si glycémie > 1.44 g/l

- **0,80g/l < D < 1,50g/l : 1U/h (1ml/h)**
- **1,51g/l < D < 2g/l: 1,5U/h (1,5ml/h)**
- **2,01g/l < D < 2,50g/l: 2U/h (2,5ml/h)**
- **2,51g/l < D < 3g/l : 3U/h (3ml/h)**
- **3,01g/l < D < 3,50g/l: 4U/h (4ml/h)**

Si D <0,80 arrêt SA insuline pendant 1h et contrôle dextro 1h après
Si D>3g/l avis anesthésiste