

DIABETE GESTATIONNEL

Quoi de neuf depuis Décembre 2010 ?
RPC-CNGOF

Définition

- Diabète gestationnel :
 - cad découvert pdt la grossesse,
 - Qq soit le traitement,
 - Qq soit l'évolution dans le post-partum

PREVALENCE

- En augmentation
- Jusqu'à 17,8% des grossesses, avec les nouveaux critères diagnostiques
(≠ 2 à 6% avant 2010)

DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

- Ciblé, plutôt que systématique (≠ 2010)
- Ciblé = sur quel facteurs de risque ?
 - Age mater : ≥ 35 ans.
 - IMC ≥ 25
 - ATCD familiaux 1^{er} degré de diabète type 2.
 - ATCD personnels obstétricaux de :
 - Diabète gestationnel,
 - Ou macrosomie.
- ▣ NB : effet protecteur du sport +++
(diminue risque de diabète de 50%)

Quelle biologie ? (1)

- Si au moins un facteur de risque,
- Dès 1^{er} trimestre, faire glycémie à jeun :
 - > 0,92 g/l (5,1 mmol) = diabète gestationnel (DG)
 - > 1,26 g/l (7 mmol) = diabète de type 2 (DT2)Et prise en charge spécifique immédiate.

Quelle biologie ? (2)

- Si 1^{er} trimestre normal, faire entre 24-28 SA
- HGPO 75g : un seul test diagnostique (meilleure observance)
 - G.J : N < 0,92 g/l (5,1 mmol)
 - G. 1h : N < 1,80 g/l (10,0 mmol)
 - G. 2h : N < 1,53 g/l (8,5 mmol)
- Une seule valeur patho = diabète
- Et rattrapage possible au 3^e trimestre, si femme à risque a échappé au dépistage

Quelle biologie ? (3)

- Ce qui a changé :
- Diagnostic précoce des DG, le + tôt possible, dans la grossesse, sur la seule glycémie à jeun.
- Et diagnostic des diabètes patents, préexistants.

Prise en charge spécifique du DG (1)

- Réduit...
 - Complications péri-natales sévères
 - La macrosomie foétale
 - La pré-éclampsie

...par rapport à l'abstention.

- Le responsable = l'hyperglycémie

et l'obésité, qui est un facteur de risque surajouté, indépendant du diabète.

Prise en charge spécifique du DG (2)

- Ttt :
 - Diététique
 - Activité physique
 - Autocontrôle des glycémies
 - Insuline si indiquée
- Objectif : G.J : < 0,95 g/l
G. p-p : < 1,20 g/l
- Si objectif non atteint en 7-10 j → insuline

Surveillance obstétricale

- Echo supplémentaire en fin de grossesse
- Sinon : fonction de patho. ou facteur de risque.
- CAT dépend : estimation poids foetal
de l'équilibre du diabète.
 - Aller jusqu'à terme,
 - Déclenchement 38-39 SA.
 - Césarienne
 - Pdt le W : diminuer doses insuline ou pas insuline (hypoglycémies mater dangereuses)
- CAT pour N-Né = dépister l'hypoglycémie

Post-partum

- Stop insuline
- Poursuivre surveillance des glycémies capillaires (DT2 ???)
- Parler contraception.

- 1) La mère

- Récidive du DG : 30 à 84 %
 - Risque ultérieur du DT2 : X 7 dès le post-partum
 - Risque de Σ d métabolique : X 2 à 5.
 - Risque de maladies cardio-vasculaires : X 1,7.
-
- Risque élevé de DT2 justifie l'information de la patiente et le dépistage +++

A long terme (2)

- Dépistage : dès la VPN (6 à 8 semaines!)
tous les 1 à 3 ans
pendant 25 ans.
- Comment ? HGPO. 75g
 - Troubles de glycorégulation : J > 1g (5,6mmol)
G. à 2h > 1,40g (7,8mmol)
 - Diabète confirmé : J \geq 1,26 g/l (7 mmol)
G. à 2h \geq 2g/l (11 mmol)

- 2) Enfant :

Craindre survenue d'un Σ d métabolique à l'adolescence +++

Conclusion

- Savoir dépister les DG. Facteurs de risque ++
- Equilibre glycémique pendant grossesse : critères très stricts +++