



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne



Parcours de soin

Patiente avec diabète gestationnel

Surveillance pendant la grossesse
surveillance clinique, obstétricale et diabéto rapprochée et coordonnée
+ concertation pluridisciplinaire

Suivi obstétrical habituel

Clinique

- HU poids Œdèmes
- signes vasculaires associés
- BU : obligatoire mais aucune valeur pronostique!

Echographie

Croissance fœtale (12-22-32 SA)

Suivi diabétologique

Professionnels santé formés et à adapter aux ressources locales

Temps ①

- Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD)
- Education Auto Surveillance Glycémique (ASG)
- Carnet suivi-glycémie 4 à 6 fois/j à jeun + 2h après **début** repas

Temps ① + 8jrs/15jrs après, puis rythme 1 fois /mois ou individualisé

- Vérification des objectifs glycémiques
GAJ < 0,95 g/L **GPP < 1,20 g/L**
- Equilibre glycémique Ok ⇒ maintien MHD et ASG
- Si équilibre glyc. Non atteint ⇒ **INSULINE**

Où ?

PEC **tout type maternité** sauf si :
 • Pathologie maternelle ou fœtale,
 • Déséquilibre glycémique
 ⇒ **Orientation à discuter**

Qui ?

PEC Gynécologue-Obst., Sage-femme (SF), MG sauf si **pathologie surajoutée** ou déséquilibre glycémique.
 ⇒ **GO + Diabétologue**

Définition du diabète gestationnel

Trouble tolérance glucidique diagnostiqué pendant la grossesse

Dépistage sur au moins un FDR

- Age ≥ 35 ans
- IMC ≥ 25 kg/m²
- Atcd familial 1er degré diabète type 2
- Atcd DG
- macrosomie > 4 kg à terme

Comment dépister ?

① GAJ 1er trim (dosage matin 7h-9h après 12h sans alimentation)

- GAJ < 0,92 g/L
⇒ **HGPO à réaliser 24-28 SA**
- 0,92 g/L < GAJ < 1,26 g/L
⇒ **PEC précoce Diabéto et Diététique**
- GAJ ≥ 1,26 g/L Diabète préexistant ?
⇒ **Nécessite diagnostic par diabétologue**
- ② **HGPO (75 g sucre voie orale) 24-28 SA**
ou GAJ ≥ 0,92/L et G à 1h > 1,80 g/L et/ou G à 2h > 1,53 g/L
⇒ **Diabète gestationnel diagnostiqué**

Epidémiologie diabète gestationnel

n = 806 579 acc en France (60 % du total des naissances)	Diabète gestationnel	Absence de diabète
Prévalence (%)	6,4	93,2
Âge maternel (ans)	32	29,5
Prématurité % OR (IC95)	7,2% 1,2 (1,1-1,2)	5,4% 1
Césarienne % OR (IC95)	29,1% 1,5 (1,4-1,5)	19,8% 1
Prééclampsie % OR (IC95)	2,4% 1,5 (1,5-1,6)	1,5% 1
Mort fœtale après 22 SG	1/1 000	3/1 000
Macrosomie % OR (IC95)	15,7% 1,7 (1,7-1,8)	9,4% 1
Fracture clavicule OR (IC95)	1,1 (0,9-1,3)	1
Malformation cardiaque OR (IC95)	1,1 (1-1,2)	1
Détresse respiratoire OR (IC95)	1,2 (1,1-1,2)	1

Source : EASD 2014 - D'après Billionnet C, CO 151, actualisé

Glossaire

- Atcd : Antécédents
- ASG : Auto Surveillance Glycémique
- BU : Bandelette Urinaire
- CI : Contre Indication
- DAT Déclenchement Artificiel Travail
- DG : Diabète Gestationnel
- FDR : Facteurs De Risques
- GAJ : Glycémie à Jeun
- GPP : Glycémie post prandiale
- GO : Gynécologue Obstétricien
- HU : Hauteur Utérine
- MG: Médecin Généraliste
- MHD: Mesures Hygiéno Diététiques
- PEC : Prise En Charge
- PEE: prééclampsie

Groupe de travail pluriprofessionnel Réf : HAS 2005 Diabète gestationnel, HAS 2009 Grossesses à risque : orientation des femmes entre les maternités en vue de l'accouchement Validé conseil scientifique septembre 2015

Si complication
PEE, macrosome, hydramnios

Si équilibre glycémique non atteint

Ajout suivi Echographie 36 SA / RCF selon avis GO
Hospitalisation fin grossesse à discuter et si pathologie associée
STAFF obstétrico-diabéto ⇒ planification surveillance

Accouchement

consultation 8ème mois sur site accouchement

DG équilibré
(avec ou sans insuline)
pas d'indication de DAT

DG mal équilibré
DAT à 38+6 à discuter selon conditions obstétricales/degré suspicion macrosomie...

Complications possibles
macrosomie et hypoglycémie néonatale

Post-Partum

Arrêt insuline
ASG 24-48 h
*** SORTIE ***

Ordonnance (envoyer un double à MG + SF lib) :
HbA1c ou HGPO 75 g glucose 3-4 mois post accouchement + GAJ à 1 an et tous les 3 ans

Contraception : Pas de CI à une méthode après élimination FDR (information éclairée—surveillance métabolique renforcée)

Parcours de soin

Patiente avec diabète 1 et 2

Information préconceptionnelle

3 mois avant le projet de grossesse
Orientation vers diabétologue

Informez les femmes atteintes de diabète de type 1 et 2 et en âge de procréer de l'intérêt d'un bon contrôle glycémique avant et durant la grossesse afin de réduire le risque de fausses couches, de malformations congénitales et mort in utero et néonatale, HAS 2013 : **lorsqu'une grossesse est envisagée**, celle-ci doit faire l'objet d'une **programmation préconceptionnelle** afin d'optimiser le contrôle du diabète avant l'arrêt de la contraception. Dans cette situation le recours à un endocrino-diabétologue est recommandé, HAS 2009.

Surveillance pendant la grossesse

Implique la formalisation d'un réseau de soins local
Suivi obstétrico-diabéto planifié, coordonné avec un partage des données
(carnet de suivi confié à la patiente)

Suivi obstétrical par un GO

Clinique

- HU poids Oedèmes
- signes vasculaires associés
- ECBU 6ème mois et + selon clinique

Echographie mensuelle

croissance fœtale
(12-22-28-32-36 SA)

> 32SA : Surveillance RCF

à l'appréciation de l'équipe

Annexe
Corticothérapie

Suivi diabétologique mensuel par un diabétologue

Mesures Hygiéno-Diététiques

Carnet suivi-lecteur 6 à 7 fois/j à jeun
+ 2h après début repas

HbA1c mensuelle à visée évolutive

Fond d'Œil

- trimestriel si absence de rétinopathie
- mensuel si rétinopathie pré-existante

Micro albuminurie +/- Protéinurie 1 fois / mois

Objectifs glycémiques

⇒ à moduler selon les risques
GAJ de 0,7g/L à 0,95 g/L
GPP (2h) < 1,20 g/L

Lieu de PEC :

Maternité qui a formalisé en interne ou non un **maillage** qui implique des obstétriciens, diabétologues, pédiatres, ophtalmologues, diététiciennes, ... **et** qui se coordonnent

Si comorbidité **et** déséquilibre ++

=
structure adaptée et agrément (pompe insuline)

Définitions

Diabète de type 1, secondaire à la destruction auto-immune des cellules bêta des îlots de Langerhans, conduisant à une carence en insuline absolue.

Diabète de type 2, insulino-résistance

AVANT TOUT PROJET DE GROSSESSE

Il est habituel de **conseiller une période de normalisation glycémique de 3 mois avant la conception**. On dit ainsi souvent que la grossesse de la femme diabétique dure 12 mois.

Prérequis

- **HbA1c < 6,5%**
- **Bilan complications** : FO, fonction rénale
 - Arrêt ADO, statine-IEC
- **Supplémentation acide folique** (0,4 mg/j)
 - Mise sous insuline (+/- pompe)

Epidémiologie diabète T1 et T2

n = 806 579 acc en France (60 % du total des naissances)	T1	T2	sans diabète
Prévalence (%)	0,16	0,24	93,2
Âge maternel (ans)	30,3	33,3	29,5
Prématurité % OR (IC95)	24,9 5,5 (4,9-6,3)	16,1 3,3 (2,9-3,6)	5,4 1
Césarienne % OR (IC95)	57,7 4,3 (3,8-4,8)	49,2 2,9 (2,7-3,2)	19,8 1
Prééclampsie % OR (IC95)	9,2 6,7 (5,6-8,2)	5,9 3,9 (3,2-4,7)	1,5 1
Mort fœtale après 22 SG	11 / 1 000	6 / 1 000	3 / 1 000
Macrosomie % OR (IC95)	42,5 7,0 (6,1-8)	30,4 3,9 (3,2-4,7)	9,4 1
Fracture clavicule OR (IC95)	7,3 (4,2-12,9)	2,7 (1,3-5,5)	1
Malformation cardiaque OR (IC95)	4,4 (3-6,5)	3,2 (2,2-4,7)	1
Détresse respiratoire OR (IC95)	2,6 (2-3,4)	1,9 (1,5-2,5)	1

Source : EASD 2014 - D'après Billionnet C, CO 151, actualisé

Glossaire

- ADO** : Anti Diabétiques Oraux
- AVB** : Accouchement par Voie Basse
- ECBU** : Examen Cyto Bactériologique Urinaire
- EPF** : Estimation du Poids Fœtal
- FO** : Fond d'Œil
- GAJ** : Glycémie à Jeun
- GPP** : Glycémie Post Prandiale
- GO** : Gynécologue Obstétricien
- HU** : Hauteur Utérine
- IEC** : Inhibiteur Enzyme Conversion
- PEC** : Prise En Charge
- RCF** : Rythme Cardiaque Fœtal

Accouchement

A partir de 38 SA, on doit s'interroger sur la balance bénéfique risque de poursuivre grossesse

Complications possibles macrosomie et hypoglycémie néonatale

EPF < 4 250g ⇒ AVB
4 250 g < EPF < 4 500 g ⇒ à discuter au cas par cas
EPF > 4 500 g ⇒ césarienne

Post-Partum

en étroite collaboration et avec prescription d'un diabétologue

Type 1 : reprendre les doses préconceptionnelles
Type 2 : traitement antérieur, à adapter avec le mode d'allaitement