

DIABETE GESTATIONNEL

MODULE DE GYNECO- OBSTETRIQUE

COURS PRESENTE PAR DR A.ABES

I. DEFINITION :

Le diabète gestationnel est défini par un trouble de la tolérance glucidique débutant ou du moins diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse quelle que soit le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

II. EPIDEMIOLOGIE – FACTEURS DE RISQUE :

La prévalence est très variable, on note une augmentation considérable chez la femme en âge de procréer : 15% des DG sont des diabétiques de type 2 méconnues.

Les facteurs de risque sont représentés principalement par :

- ✓ Antécédent familial de diabète ;
- ✓ Obésité $IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$;
- ✓ Age > 35 ans ;
- ✓ Antécédents obstétricaux de pré-éclampsie ou de DG ;
- ✓ Antécédent de mort in utéro ; de macrosomie , de malformation foetale ;

III. PHYSIOPATHOLOGIE :

La grossesse est un état d'insulino-résistance majeure et d'hyperinsulinisme caractérisé par l'augmentation dans le sang maternel d'hormones hyperglycémiantes (HLP,GH, progestérone,CRH,...),

On note une augmentation des apports caloriques avec une diminution de l'activité ou des exercices physiques.

IV. CONSEQUENCES DU DIABETE GESTATIONNEL :

Le diabète gestationnel présente des conséquences à court et à long terme chez la mère et l'enfant.

A. CHEZ L'ENFANT :

-A court terme :

Le nouveau-né risque la macrosomie , les malformations, la mort in utéro, la dystocie des épaules, la détresse respiratoire et des complications métaboliques néonatales.

-A long terme :

Risque accru d'obésité et de diabète de type 2 .

B. CHEZ LA MERE :

- A court terme :

Risque d'HTA gravidique, accouchement par césarienne.

- A moyen et a long terme :

Risque de diabète de type 2.

V. DIAGNOSTIC DU DIABETE GESTATIONNEL :

-le diagnostic de DG requiert la mesure d'une glycémie à jeûn et si besoin la réalisation d'une HGPO, le dépistage s'adresse à toute les parturientes surtout s'il existe un facteur de risque ;

-le dosage de la glycémie à jeûn se fait en début de grossesse, c-à-d, dès la première consultation prénatale puis, s'il est négatif, renouvelé à 24- 28 SA.

-le diagnostic de diabète est posé devant :

- ✓ l'existence ,lors de la première consultation prénatale, d'une glycémie à jeûn $\geq 1,26$ g/l est en faveur d'un diabète type 2 méconnu ;
- ✓ l'existence d'une glycémie $\geq 0,92$ g/l lors de la première consultation est en faveur d'un diabète gestationnel ;
- ✓ si glycémie à jeûn $< 0,92$ g/l, une HGPO est demandé entre 24 et 28 SA : 75g de glucose est administrée avec dosage de la glycémie à T0 $< 0,92$ g/l ; T1 $< 1,80$ g/l ; T3 $< 1,53$ g/l un DG est confirmé si l'une des 3 mesures est perturbée,

VI. MODALITES THERAPEUTIQUES :

A. PRISE EN CHARGE DIABETOLOGIQUE :

- Les mesures hygiéno-diététiques : repas riches en fibres avec réduction de la consommation en graisses, sucres rapides ;
- Une activité physique compatible avec la grossesse doit être encouragée(natation ou marche à pied) ;
- Auto-surveillance des glycémies avant les principaux repas et 2h après ;
- Les objectifs glycémiques sont : -une glycémie à jeun < 0,95 g/l ;
-une glycémie 2h après les repas entre 1,20 et 1,40 g/l ;
-une hémoglobine glycosylée HBA1c \leq 6,5 % ;
- Une insulinothérapie est instaurée d'emblée si la glycémie à jeun est supérieure à 1,30 g/l ou dans le cas où un équilibre glycémique n'a pu être obtenu par les mesures hygiéno-diététiques.

B. PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE :

- En cas de diabète bien équilibré, la surveillance de la grossesse et l'accouchement ne présente aucune particularité, cependant il doit se faire avant le terme de 40 SA.
- En cas de déséquilibre diabétique et/ou de retentissement foetal(macrosomie), la surveillance doit être rapprochée ;

C. LA PRISE EN CHARGE POST NATALE :

1. Le nouveau-né :

- ✓ Prise en charge en unité de néonatalogie surtout en cas de prématurité, RCIU , ou de diabète mal équilibré.
- ✓ L'alimentation doit être débutée dès la naissance sans délais ;

2. La mère :

- ✓ L'allaitement maternel doit être conseillé,
- ✓ L'insulinothérapie est immédiatement arrêtée après l'accouchement ;
- ✓ Une surveillance glycémique doit être maintenue ;
- ✓ Une HGPO est pratiquée 3 à 6 mois après l'accouchement :