

DIABETE GESTATIONNEL

PLAN :

- I- DEFINITION**
- II- EPIDEMIOLOGIE**
- III- PHYSIOPATHOLOGIE**
- IV- CONSEQUENCES DU DG**
- V- DEPISTAGE et DIAGNOSTIC**
- VI- MODALITES DE PEC**

I-DEFINITION : (OMS)

- ✓ Le DG est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable ;
survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse
- ✓ C'est une GHR materno-fœtale

II-EPIDEMIOLOGIE :

1-Prévalence : 3-6% des grossesses

2-facteurs de risque : (cngof) :

- ATCD familiaux de diabète type 2
- ATCD personnel de DG
- Le surpoids, l'obésité (IMC>25)
- l'âge>35 ans
- ATCD obstétricaux de macrosomie ; hydramnios ; malformation fœtale

III-PHYSIOPATHOLOGIE :

- La grossesse normale est un état diabétogène
- l'insulino-résistance augmente progressivement au cours de la grossesse liée à la production progestérone, prolactine et cortisol qui ont un effet anti-insulinique donc par conséquence il va y avoir une hyperglycémie maternelle puis fœtale

IV-Conséquences du DG :

1-A court terme :

- ✚ **chez la mère :** HTA gravidique, césarienne
- ✚ **chez l'enfant :** macrosomie, MIU, dystocie des épaules , détresse respiratoire et complications métaboliques néonatales(hypoglycémie, hyper bilirubinémie)

2-A plus long terme :

- ✚ **l'enfant :** obésité, diabète type 2 à l'âge 7 à 8 ans
- ✚ **la femme :** récurrence dans 50% , diabète type 2

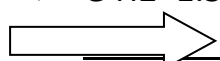
V-Dépistage et diagnostic :

1-Modalités du dépistage :

- s'adresser aux femmes à risque
- dès la première consultation : gly à jeun ≥ 1.26 est un diabète type 2 et si gly à jeun est entre 0.92 et 1.26 est un DG
- dépistage systématique entre 24 et 28 SA chez les femmes à risque
- au troisième trimestre femme non dépistée on réalise une gly à jeun

2-Méthode du dépistage (OMS) :

- ingestion de 75g de glucose
- dosage de la glu à H0, après 1H(H1) et après 2 H (H2)
- valeurs normales :
 - $G_{H0} < 0.92g/l$
 - $G_{H1} < 1.80g/l$
 - $G_{H2} < 1.53g/l$

 DG si au moins une valeur est anormale

VI-Modalités de PEC :

1-PEC du diabète :

- ✓ Régime hypocalorique hypoglycémique, excluant les sucres rapides, réparti en 3 repas et 3 collations
 - Objectif thérapeutique : gly à jeun <0.95 et gly après 2 h du repas <1.20
- ✓ Si échec du régime seul on introduit l'insuline

2-PEC obstétricale :

A-Modalités de surveillance :

a-Maternelle :

- ✓ Courbe de poids, de TA
- ✓ Bilan : contrôle glycémique, HbA1c chaque 2 mois
- ✓ Rechercher des complications :
 - Infection urinaire : ECBU / mois
 - HTAG
 - MAP : fréquente par infection génitale ou urinaire ou surdistension utérine

b-fœtale :

- ✓ Clinique : HU, MAF
- ✓ Electrique : ERCF
- ✓ Echographique : rechercher surtout des malformations et la macrosomie et l'hydramnios
- ✓ Le manning pour apprécier la viabilité fœtale

B-Conduite de l'accouchement :

- Si diabète bien équilibré la date d'accouchement est entre 38 et 39 SA
- La voie d'accouchement dépend du contrôle glycémique, des conditions obstétricales et du degré de la macrosomie
- La césarienne est systématique si :
 - ✓ Poids fœtale >4250 g
 - ✓ Présentation autre que céphalique

- ✓ Complication : HTA, RCIU, PE, un diabète non équilibré

3-PEC en post partum :

a-maternelle :

- ✓ L'insuline réduite de moitié puis selon la courbe du dextro
- ✓ l'allaitement est contre indiqué si diabète type 2 sous ADO
- ✓ contraception : oestroprogestatif contre indiqué

b-nouveau né :

- ✓ réchauffé, désobstrué, oxygéné, rapidement nourri
- ✓ activité physique régulière à long terme