

Le Diabète Gestionnel



I - Situation du problème

DÉFINITION DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Le diabète gestationnel (DG) est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable, survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement.

PRÉVALENCE

- C'est une pathologie fréquente : dans les populations européennes, la prévalence du DG est de l'ordre de 3 à 6 % de toutes les grossesses.

II -Stratégie de dépistage

MODALITÉS DU DÉPISTAGE

Le dépistage doit s'adresser à toutes les femmes et pas seulement à celles qui ont des facteurs de risque:

- antécédent familial de diabète,
- obésité,
- âge égal à 35 ans,
- antécédents obstétricaux de:
 - 1- prééclampsie.
 - 2- mort in utero.
 - 3- macrosomie fœtale .
 - 4- malformation fœtale .
 - 5- IMC \geq 25 .

- En effet, ils sont absents chez 30 à 40 % des femmes ayant un DG.
- Le dépistage doit être réalisé entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée . Chez les femmes ayant un des facteurs de risque précités ou ayant présenté un DG lors d'une précédente grossesse, il doit être pratiqué dès la première consultation puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-28 semaines d'aménorrhée, voire à 32.

Les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) pour le diagnostic du diabète gestationnel (Dg).

Il est recommandé, en présence de facteurs de risque de demander:

- une glycémie à jeun au 1er trimestre avec un seuil fixé à 0,92 g/l
- une HGPO avec 75g de glucose entre 24 et 28 semaines avec 3 valeurs dont une seule pathologique permet de retenir le diagnostic de diabète gestationnel :

T 0 \geq 0,92 g/l T 1h \geq 1,80 g/l T 2h \geq 1,53 g/l

Le dépistage et le diagnostic de DG ne doivent pas reposer sur la recherche d'une glycosurie ni sur la mesure de l'hémoglobine glyquée.

Lorsque le diagnostic de DG a été porté, il est souhaitable d'éliminer la possibilité d'un diabète de type I débutant par une recherche d'anticorps anticellules d'îlots de Langerhans réalisée dans un laboratoire de référence.

III -Modalités de prise en charge

A-PRISE EN CHARGE DIABÉTOLOGIQUE

1-Surveillance diabétologique Elle doit associer :

- une auto surveillance glycémique quotidienne à l'aide d'un lecteur de glycémie capillaire, le matin à jeun et 2 heures après le début de chacun des trois principaux repas.

- ❑ la mesure des glycémies veineuses à jeun et 2 heures après le repas, éventuellement pour prendre la décision d'une adaptation thérapeutique et, de toute façon, à titre de contrôle de qualité tous les 15 jours ;
- ❑ la recherche pluriquotidienne d'une cétonurie ;
- ❑ des consultations fréquentes (tous les 15, voire 8 jours) avec l'équipe diabétologique (médecin, infirmière, diététicienne).

Les objectifs glycémiques sont une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/L et une glycémie mesurée 2 heures après chaque repas en dessous de 1,20 g/L).

2-Prescription diététique

- Le traitement doit toujours comporter une prescription diététique adaptée à chaque cas après enquête alimentaire

3-Insulinothérapie Elle doit être instaurée :

- dans tous les cas sans retard pour éviter une inefficacité de la prise en charge ;
- d'emblée si la glycémie à jeun est supérieure à 1,30 g/L lors du test diagnostique;
- après 1 à 2 semaines (en fonction du terme) de suivi correct des prescriptions diététiques,

2-PRISE EN CHARGE OBSTÉTRICALE

A-Modalités de la surveillance

Lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et en l'absence de complications, la surveillance et l'accouchement ne présentent pas de particularité.

Dans les autres cas, la surveillance est directement liée au degré d'équilibre glycémique et à la survenue de complications.

Si des complications surviennent (hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie), la surveillance doit être identique à celle de toute grossesse compliquée.

B-Conduite de l'accouchement

Il n'y a pas lieu de modifier les conduites obstétricales si le diabète est bien équilibré et en l'absence de complications. La césarienne d'emblée pour DG n'est pas justifiée (pas de bénéfice néonatal, augmentation de la morbidité maternelle).

L'accouchement avant terme n'a pas d'indication sauf en cas de complications surajoutées (prééclampsie, retard de croissance intra-utérine, anomalies de la vitalité fœtale). En cas de diabète déséquilibré et ou de retentissement fœtal (macrosomie, hypertrophie septale), la surveillance doit être rapprochée.

À terme, le mode d'accouchement est fonction du degré de macrosomie fœtale.

- si le poids fœtal estimé est supérieur ou égal à 4 500 g, une césarienne de principe est indiquée ;
- dans les autres cas, un déclenchement dans la 39e semaine d'aménorrhée peut être envisagé

- L'insulinothérapie doit être interrompue au moment de l'accouchement, la dernière injection étant réalisée la veille d'une extraction programmée. Dès le début de l'accouchement, la glycémie capillaire est surveillée toutes les heures et les apports de solutés glucosés sont limités au minimum.

C-Prise en charge du nouveau-né

(1)

- L'enfant bénéficie à la naissance d'un examen clinique complet, en particulier à la recherche d'une malformation
- L'alimentation doit être débutée dès la naissance, au sein ou au biberon.
- La surveillance doit être renforcée pendant au minimum les 24 premières heures. Elle comporte la réalisation d'une glycémie par prélèvement capillaire à 1 heure de vie, renouvelée toutes les 2 heures. Celle-ci doit rester supérieure à 0,40 g/L

C-Prise en charge du nouveau-né

(2)

- En cas de macrosomie ou devant l'apparition de signes cliniques, il faut envisager des explorations complémentaires (calcémie, numération globulaire, bilirubine).

Merci