

Le diabète gestationnel

Dr Marianne Lainé, médecin généraliste, Rouen

12 mai 2011

Définition OMS

- Trouble de la tolérance au glucose survenu ou reconnu pour la première fois pendant la grossesse

2 situations:

- DNID méconnu
- Diabète gestationnel vrai (DG)

- En France prévalence 3,8 a 6,1%

Physiologie de la grossesse

La tolérance glucidique ↘ au fil de la grossesse

⇒ Hyper insulinisme : Glycémie à jeun ↘ au 1^{er}
Trim de la G

⇒ Insulino résistance : La glycémie PP augmente
au fil de la grossesse

Les études

- Issues de pays différents ; non transposables :
 - Grande variabilité socio économique,
 - Différence ethnique
 - Cohorte d'âge et de poids différents
 - Moyen de dépistage du DG différents
 - Prise en charge obstétrical différentes
- Souvent faible échantillon étudié 200 femmes

Les différentes études

- O'Sullivan : étude américaine années 50, réévaluée en 1973
1000 femmes enceintes puis suivies 8 ans
- Etudes européenne EADS : 1009 femmes , HGPO 75g de glucose mais pas de suivi à long terme
- Etude Diagest, 1996, 1000 femmes enceintes, suivi à 6 ans

Ce que ces études ont prouvé

- Lien certain entre :
 - DG et diabète à venir de la femme ,lien établi dès l'étude de O'sullivan (années 70)
 - DG maternel et risque obésité de son enfant dès l'âge de 6-8 ans (Silverman ,année 1990)

Avant l'étude HAPO

Recommandations variables

- Variabilité selon les pays, sur 10 recommandations:
 - 5 sont favorables au dépistage systématique
 - 3 pour le dépistage ciblé chez les femmes à risque
 - 2 pour dépistage si signes cliniques

Etude HAPO

(Hyperglycémie and Adverse Pregnancy Outcome)

- Etude de 2000-2006
- 10 pays
- 25000 femmes enceintes et des enfants en période néonatale
- But : étudier lien entre hyperglycémie de la grossesse (HG) et complications materno-fœtales

Conclusion de l'Etude HAPO

Lien prouvé entre hyperglycémie maternelle
et complications materno-fœtales

- Glycémie et complication : augmentation linéaire du sur-risque
 - Macrosomie
 - Hypoglycémie néonatales
 - Césarienne

Complications materno-fœtales du DG

	Court terme	Long terme
Mère	HTA Pré éclampsie Césarienne	Sur-risque DT2 50% Récidive DG
Fœtus	Hypoglycémie Hyper bilirubinémie Macrosomie	Sur-risque DT2 adulte Sur-risque d'obésité

Comment dépister? Ce que l'on sait

- Ne dépiste pas le diabète gestationnel :
 - HbA1c
 - Glycosurie
 - Glycémie post prandiale

MAIS : Glycémie jeun 1^{er} Trim permet dépistage
Diabète T2 préexistant! (glycémie \geq 1.26)

Nouvelles recommandations déc. 2010

Accord professionnel entre CNGOF et SFD

- Faire une HGPO entre 24 et 28 SA si 1 des facteurs suivant présent:
 - IMC ≥ 25 kg/m²
 - Atcd familial au 1^{er} degré de DT2
 - Atcd perso DT2 et de macrosomie
 - Age maternel ≥ 35 ans
 - (Sd des ovaires polykystiques)

Méthode de dépistage du DG

- Réaliser une glycémie à jeun pour toute grossesse
- Identifier les patientes à risque en début de grossesse
- Si 1 facteur de risque prévoir :
à 24-28 SA , HGPO 75g de glucose
- Diabète gestationnel si 1 seule valeur pathologique

T 0 $\geq 0.92\text{g/l}$

et/ou T 1h $\geq 1.8 \text{ g/l}$

et/ou T 2h $\geq 1.53\text{g/l}$

Prise en charge du DG

- Diététique
- Auto surveillance glycémique à moduler +/- insuline
- Surveillance obstétricale ++ si DG non équilibré
- Post-partum: contrôle glycémie, contraception

Conclusion

Le diabète gestationnel augmente la morbidité fœto-maternelle et augmente les complications à long terme des mères et de leurs enfants à nous de le dépister pour prévenir ces complications.

Régime pour un DG

- Règles hygiéno-diététiques
- >1800 kcal/24h
- 3 repas et 2 collations pour éviter la cétose
- Marcher 20 min/ jour
- Contrôle dextro 3/jr et BU 1/ sem