

LE DIABÈTE GESTATIONNEL (DG) PENDANT LA GROSSESSE

➤ **DÉFINITION SELON L'OMS¹** : trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Il est important de distinguer le **diabète préexistant**, antérieur à la grossesse, dont la découverte se fait à cette occasion et qui **persiste après la grossesse**, du **DG** qui apparaît au cours de celle-ci et **disparaît en post-partum²**.

➤ PRÉVALENCE EN FRANCE³

2016 **10,8%** ➤ 2021 **16%**

CAUSES

- Augmentation de l'âge
- Augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) maternel
- Recommandations relatives au dépistage

➤ FACTEURS DE RISQUE³

- Âge ≥ 35 ans,
- IMC ≥ 25 kg/m²
- Antécédent familial de diabète au premier degré
- Antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome (poids de naissance ≥ 4 kg)

➤ RISQUES MATERNELS^{2,4}

- Hypertension artérielle gravidique
- Prééclampsie
- Déclenchement et césarienne
- Anxiété

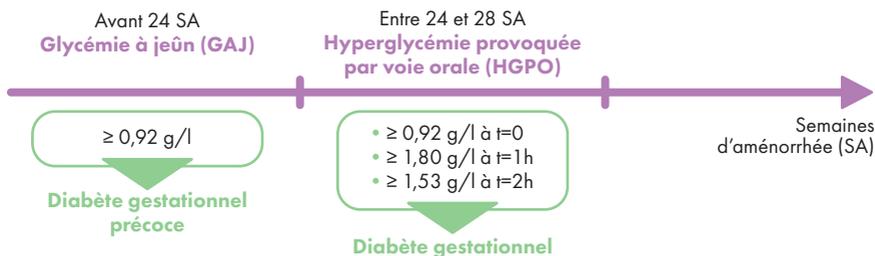
 Risques augmentés en cas de surpoids et d'obésité

➤ RISQUES FŒTAUX ET NÉONATAUX⁴

- Prématurité
- Macrosomie (principale complication)
- Dystocie des épaules
- Hypoglycémie néonatale
- Détresse respiratoire

➤ DÉPISTAGE : QUAND ET COMMENT ?^{2,5-8}

Il est réalisé en présence d'**au moins un des facteurs de risque maternels** :



Pour rappel, on parle de diabète sucré en cas de GAJ $\geq 1,26$ g/l à deux reprises. Le diagnostic de diabète est posé grâce à l'HGPO si la glycémie à 2 heures est $\geq 2,0$ g/L.⁹

LES CAS PARTICULIERS :

- Dépistage négatif entre 24 et 28 SA :** renouveler le dépistage par HGPO en cas d'hydramnios ou de macrosomie (>95^e percentile) vers 32 SA.
- HGPO non réalisable :** l'HbA1c et la GAJ sont recommandées. Une valeur d'HbA1c $\geq 5,7\%$ et une glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l posent le diagnostic d'un DG.
- Bypass gastrique :** HGPO non réalisable. Le diagnostic se fait par la mesure des glycémies capillaires pendant 1 semaine (avant le repas, et en alternance à 1 heure ou à 2 heures après le début du repas)

> SURVEILLANCE OBSTÉTRICALE ET TRAITEMENT²

L'autosurveillance glycémique (ASG) conditionne la prise en charge du DG, avec :



Prise en charge diététique
25 à 35 kcal/kg par jour
et activité physique régulière
(30min, 3 à 5 fois par semaine)



Insulinothérapie si les
objectifs glycémiques ne sont
pas atteints après 7 à 10 jours
de règles hygiéno-diététiques

Pour un **DG équilibré, par le régime seul ou l'insuline**, et en l'absence d'autre facteur de risque ou d'autre pathologie associée, le suivi clinique et l'accouchement sont **identiques à ceux d'une grossesse normale**. Une échographie supplémentaire en fin de grossesse pourrait être proposée.

Références

- Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel, Haute Autorité de santé, Juillet 2005
- Recommandations du CNGOF sur le diabète gestationnel, 2010
- Enquête nationale périnatale, Rapport 2021
- Ye W, *et al.* Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022
- Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT), 2019
- Vambergue A, *et al.*, au nom du groupe Diabète et grossesse SFD, P Deruelle, C Vayssière au nom du CNGOF. Diabète gestationnel et pandémie SARS-Cov2 (COVID 19), 2020
- Regnault N, *et al.* Maternal and neonatal outcomes according to the timing of diagnosis of hyperglycaemia in pregnancy: a nationwide cross-sectional study of 695,912 deliveries in France in 2018. *Diabetologia.* 2024
- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : diabète et grossesse. 1996
- Société Française d'Endocrinologie. Diagnostic d'un diabète sucré. <https://www.sfendocrino.org/diagnostic-dun-diabete-sucre/>. Consulté le 24 septembre 2024.