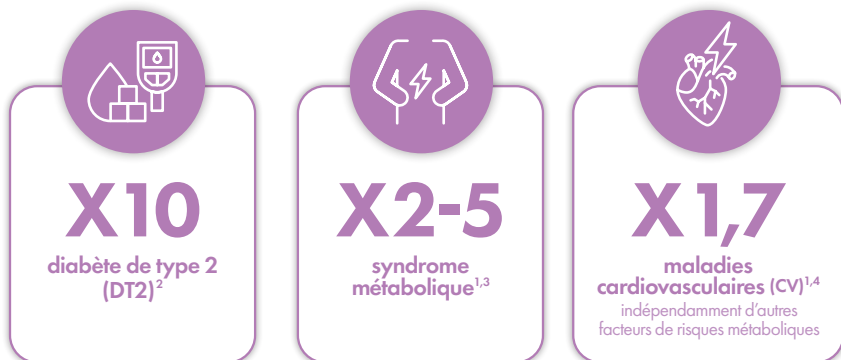


LA SURVEILLANCE POST-PARTUM DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Une femme ayant développé un diabète gestationnel (DG) au cours de sa grossesse nécessite d'être **suivie sur le long terme**. Outre les risques encourus sur sa santé, le risque de récurrence du DG lors d'une grossesse ultérieure peut-être estimé à 57 % environ (varie de **30 à 84 % selon les études**)¹.

➤ LE DIABÈTE GESTATIONNEL EXPOSE À UN RISQUE ACCRU DE :



➤ ZOOM SUR LE RISQUE DE DÉVELOPPER UN DT2⁵⁻⁷

Évolutif :

10 ANS **20%** ➤ + 50 ANS **60%**

Anomalie de tolérance au glucose :

FEMME SANS DG **20%** ➤ FEMME AVEC DG **52%**

Facteurs favorisant sa survenue :

- âge maternel > 45 ans
- IMC > 28 kg/m²
- antécédents familiaux de DT2
- glycémies à jeun élevées au cours de la grossesse
- insulinothérapie au cours de la grossesse

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le risque de développer un DT2 augmente de **18 % pour chaque unité d'indice de masse corporelle (IMC) supplémentaire** depuis l'accouchement⁵.

► LE SUIVI EN POST-PARTUM CHEZ LA MÈRE :

Le suivi post-partum d'une femme ayant présenté un DG est d'**au moins 25 ans** et est réalisé notamment pour le **dépistage du DT2** :



Lors de la **consultation post-natale**, **avant une nouvelle grossesse** et **tous les 1 à 3 ans** en fonction des facteurs de risque¹.



Par la **glycémie à jeun** ou le **test de l'HGPO**, de sensibilité supérieure. Le dosage de l'HbA1c n'est pas recommandé en France¹.



Par la recherche régulière et le traitement **d'autres facteurs de risque** CV tels que l'hypertension artérielle ou la dyslipidémie⁸.



Par la poursuite des règles **hygiéno-diététiques** : activité physique, alimentation équilibrée et arrêt du tabagisme⁸.

► LE SUIVI EN POST-PARTUM CHEZ L' ENFANT :



Les enfants nés de mères ayant eu un DG sont une **population à risque modéré de développer des complications métaboliques** à long terme⁹. La surveillance du poids et la prise en charge d'éventuels troubles et/ou de la pression artérielle doivent être envisagés.



La surveillance de la glycémie n'est **pas systématique** et pourrait être envisagée **dans 2 cas**¹ :

- Si la mère a été **traitée par insuline pour le DG**.
- Si le **poids de naissance** du nouveau-né est inférieur au 10^e ou supérieur au 90^e percentile. En effet, la macrosomie **augmente** le risque d'hypoglycémie.



Le risque de **surpoids ou d'obésité** augmente chez l'enfant dont la mère a été atteinte d'un DG. Le **risque d'obésité passe de 10 % à 20 %** si la mère a été atteinte de DG⁶.

Références

1. Recommandations 2010 du CNGOF sur le diabète gestationnel, 2010
2. Vounzoulaki E, et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020
3. Shen Y, et al. High risk of metabolic syndrome after delivery in pregnancies complicated by gestational diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2019
4. Xie W et al. Association of gestational diabetes mellitus with overall and type specific cardiovascular and cerebrovascular diseases: systematic review and meta-analysis. BMJ 2022;378:e070244
5. Management of Diabetes in Pregnancy : Standards of Care in Diabetes, 2023
6. Lowe WL Jr, et al. HAPO Follow-up Study Cooperative Research Group. Association of Gestational Diabetes With Maternal Disorders of Glucose Metabolism and Childhood Adiposity. JAMA. 2018
7. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. 2015
8. Le diabète gestationnel Référentiel élaboré par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et par la Société francophone du diabète (SFD), 2010
9. Le diabète gestationnel. Extrait de Médecine des maladies métaboliques, Décembre 2010 – Vol. 4 – N°6