

Le Diabète Gestationnel (DG) Dépister Traiter

Le DG a 100 ans !!

- ▶ Définition de l'OMS: trouble de la tolérance au glucose qui survient ou est reconnu pour la première fois au cours d'une grossesse
- ▶ Elle regroupe donc le DG vrai et des diabètes méconnus
- ▶ PREVALENCE entre 3,8% et 6,1

Historique

- ▶ 1964 travaux de O'Sullivan et Mahan: méthode en 2 temps une première HPO avec 50 gr de Glc glycémie à 1H : <1,30 g/l puis HPO avec 100 gr : Ces critères étaient évalués sur la probabilité de développer un DT2 et non sur des critères de morbi-mortalité materno-fœtale
- ▶ Méthode Carpenter et Coustan 2temps également depuis 1996 jusqu'en 2010
- ▶ Mars 2010 nouveaux critères proposés par IADSPG et validés par les SFD et CNGOF en Décembre 2010

Pourquoi ces changements?

- ▶ ETUDE HAPO: corrélation linéaire entre glycémie maternelle et les complications périnatales (poids césariennes , hyperinsulinisme fœtal)

Conséquences

- ▶ Mère: - HTA gravidique
- 10 à 60% deviendront diabétiques dans les 20 ans
- ▶ Fœtales et néonatales
- Macrosomie 10 à 30%
- Mort in Utero dès 1,05 g/l de GAJ
- Hypoglycémie néonatale
- Augmentation du risque de diabète et d'obésité

Qui dépister ? Facteurs de risque

- ▶ A impact fort: - IMC>25
- >35 ans
- Antécédents de DT2 familiaux au 1er degré
- Antécédents personnels de macrosomie ou de DG, mort in utero

Comment dépister?

- ▶ Le régime des 3 jours précédents n'influe pas sur les résultats
- ▶ Intérêt de la méthode en 1 temps :
 - réduction du délai de diagnostic et donc de la prise en charge
 - moins mauvaise tolérance
 - Moins d'échappement (10 à 30% des patientes ne faisaient pas la deuxième HPO)

Critères diagnostics

▶ Au premier trimestre de grossesse

- toute glycémie à jeun > 1,26 g/l : DT2
- Glycémie à jeun > 0,92 g/l après 12 H de jeun : DG

▶ La reproductibilité de la GAJ entre la 24^{ème} semaine et la 28^{ème} SA ne permet pas de retenir ce critère diagnostic

▶ HPO avec 75 gr de GLUCOSE entre la 24^{ème} semaine et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée
- mesure de la glycémie à 1 H et 2 heures

- 1 seul résultat anormal

To : 0,92 g/l

T60 : 1,80 g/l

T120 : 1,53 g/l

▶ La recherche d'une glycosurie reste obligatoire à chaque visite mais la corrélation avec la glycémie est médiocre

Prise charge du DG

▶ **Mise en place d'une autosurveillance:**

- 4 déterminations par jour
- À jeun : glycémie < 0,95 g/l
- 2H après chaque repas : glycémie < 1,20 g/l

▶ **ALIMENTATION** équilibrée variée apportant un minimum de 1800 cal et 180 gr d'HC en tenant compte des besoins en calcium 4 produits laitiers /j de façon optimale L'apport de graisse est également contrôlée

▶ 3 à 4 repas

▶ Activité physique adaptée

▶ Il est recommandé de surveiller l'absence d'acétone qui est toxique pour le fœtus : dans ce cas augmenter les apports glucidiques

Prise en charge insulinique

▶ En cas de DT2 méconnu ou

▶ de DG si les glycémies dépassent régulièrement les seuils ou si les moyennes sont > aux objectifs une insulinothérapie est indispensable .

GAJ

▶ Pour une élévation de la GAJ : une lente en Bed time en titrant correctement

▶ La LEVEMIR et la LANTUS peuvent être utilisées

GPP

▶ Un analogue rapide avant le ou les repas hyperglycémiant(s)

Grossesse chez la femme obèse

Etude OBEPI 2012

- ▶ 11% des femmes entre 25 et 35 ans sont obèses(15% population)
- ▶ 32% de la population française est en surpoids
- ▶ 21,3% de la population du Nord Pas de calais est obèse

Etat des lieux

- ▶ Le surpoids et l'obésité sont associés à une diminution de la fertilité et à une augmentation du risque d'avortement spontané précoce.
- ▶ L'obésité surtout abdominale est associée à une hyperandrogénie fonctionnelle surtout en cas d'OPK à l'origine de troubles du cycle ou d'anovulation par le biais de l'hyperinsulinisme

Complications maternelles

- ▶ HTA: l'obésité est un FR indépendant d'HTA gravidique et de prééclampsie (x2 à 3)
- ▶ Diabète gestationnel : risque multiplié par 3,6
- ▶ Complications thrombo-emboliques : la grossesse est associée à une diminution de la fibrinolyse et à une augmentation des facteurs de coagulation , le risque de thrombose veineuse est multiplié par 2 à 5

Complications foetales

- ▶ Malformations congénitales
 - Anomalies de fermeture du tube neural: augmentation du risque corrélé au degré d'obésité
 - Malformations cardiaques : risque modéré mais significatif (anomalies septales et transposition des gros vaisseaux)
 - augmentation du risque d'omphalocèle et de malformations multiples
- ▶ Macrosomie fœtale :en dehors du DG il existe une relation linéaire entre le poids de début de grossesse et le risque de macrosomie foetale , celle-ci est par ailleurs multipliée par 3 en cas de prise de plus de 14 kg

Mortalité périnatale

- ▶ Risque accru de mort in utero et de décès périnatal précoce
- ▶ Multiplication par 2 des admissions en soins intensifs des nouveaux nés de 5 en cas d'obésité morbide

Déroulement du travail

- ▶ Dépassement de terme plus fréquent
- ▶ Allongement de durée du travail
- ▶ Echéec plus fréquent des déclenchements
- ▶ Extraction instrumentale plus fréquente
- ▶ augmentation du risque de dystocie épaule x3 fractures plexus brachial
- ▶ Augmentation des césariennes, plus difficiles risque de suppuration accru et difficultés anesthésiques

Post Partum

- ▶ Augmentation
 - des hémorragies du post partum
 - des infections urinaires , vaginales
 - des abcès de paroi
 - Risque thrombo-embolique

Prise en charge

- ▶ Avant la grossesse : favoriser la perte de poids : une perte de poids de 5 kg diminue le risque de DG
- ▶ Au cours de la grossesse: rechercher un diabète dès le premier trimestre
- ▶ Limiter la prise de poids 7 Kg maxi

Rechercher un syndrome d'apnée du sommeil

- ▶ Au cours de la grossesse le ronflement est fréquent entre 11 et 47% des femmes , corrélation directe avec le poids et la taille du cou
- ▶ Augmentation significative des index d'apnée hypopnée 1,7 versus 0,2 (à 12 et 32 SA)
- ▶ ceux-ci sont associés à des modifications du rythme cardiaque fœtal

Cas clinique

Madame B a 38 ans vient vous voir pour déclaration de grossesse
4^{ème} geste , deux grossesses il y a 15 et 12 ans poids de naissance normal prise de 12 et 15 kg Elle pesait alors 70 kg une mort in utero en 2008
Elle pèse 88 kg /160 cm
DDR: 2/12/2012
Glycémie à jeun après 12 H de jeun : 1,01 g/l