

# **DIABETE GESTATIONNEL**

Englobe 2 entités distinctes :

- Le diabète présent, le plus souvent de type 2, préexistant à la grossesse mais découvert seulement à l'occasion de la grossesse. Il persistera après.
- Une anomalie de la tolérance au glucose apparaissant dans la 2ème partie de la grossesse, disparaissant généralement après.

**Prévalence** : 5 à 10% de toutes les grossesses

**Facteurs de risque** : IMC > 30, âge, origine non caucasienne et/ou migrante, anamnèse familiale, antécédent de diabète gestationnel ou de macrosomie, syndrome des ovaires polykystiques, **mais** pas la prise de poids pendant la grossesse.

---

---

La glycémie à jeun diminue un peu au cours de la grossesse.

Hors grossesse, le seuil pour diagnostiquer un diabète est 7 mmol/l

En cours de grossesse, un diagnostic de diabète gestationnel est posé si :

- Glycémie à jeun  $>$  ou  $=$  à 5.1 mmol/l et/ou
- Glycémie 1h post 75 g de glucose  $>$  ou  $=$  à 10 mmol/l et/ou
- Glycémie 2h post 75 g de glucose  $>$  ou  $=$  à 8.5 mmol/l

**Alternatives** : glycémie à jeun  $>$  5.1 mmol/l  $\Rightarrow$  DG

ou glycémie à jeun  $<$  4.4 mmol/l  $\Rightarrow$  DG peu probable (sens 95%)

$\Rightarrow$  pourrait éviter HPGO chez 40 à 45% des patientes (8.3 et 35%)

---

---

En pratique :

- Le gynécologue effectue l'épreuve de surcharge en glucose vers la 24ème semaine. Si elle est pathologique, ou si la glycémie à jeun seule est déjà  $>$  à 5.1 mmol/l, il réfère la patiente à un diabétologue
  - La patiente est d'abord vue par l'infirmière en diabétologie (présentation de Mme Talhouedec)
  - 7 à 10 jours plus tard elle a son premier rendez-vous chez le diabétologue avec, déjà, des autocontrôles glycémiques effectués dans les phases pré- et post-prandiales.
- 
-

**Prise en charge** : conseils diététiques, activité physique, insuline si nécessaire

Buts recherchés :

- Glycémie à jeun  $<$  ou  $=$  à 5.3 mmol/L
- Glycémie 1h post-prandial  $<$  ou  $=$  à 8 mmol/l
- Glycémie 2h post-prandial  $<$  ou  $=$  à 7 mmol/l

**Diététique** : 25 à 35 kcal/kg/j. Restriction possible si obésité, mais pas  $<$  à 1600 kcal/j. HdC 40-50% de calories.

3 repas, 2 à 3 collations.

**Activité physique** : 30 minutes 3 à 5 fois par semaine si pas de CI

---

---

- L'insuline est introduite si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours. Deux insulines analogues Humalog et Novorapid sont autorisées, de même que deux insulines lentes, Insulatard et Levemir.
- Si le diabète gestationnel est **bien équilibré**, la prise en charge est la même que celle d'une grossesse normale.
- Si le diabète gestationnel est **mal équilibré**, un accouchement est généralement programmé vers la 39ème semaine et une césarienne est prévue si le poids du bébé est estimé à  $> 4,250$  g.
- En cas de diabète de type 2 découvert pendant la grossesse, la surveillance foetale est renforcée dès la 32ème semaine.
- Après la naissance, la glycémie du bébé est surveillée de près.

Il doit être nourri le plus tôt possible (30') et à intervalles réguliers.

---

---

***Mme M.G. 1961 - facteur de risque : poids (IMC 30.5)***

Patiente d'origine espagnole, pesant 81 kg pour 163 cm

AF : aucun cas de diabète

1997 1ère grossesse : fausse couche à 4 mois

1998 2ème grossesse

24ème semaine OGTT 100g (88 kg): 6.5-13.7-12.8-11.3 mmol/l !!!



- Anamnèse alimentaire : 150g HdC/j plus nombreux grignottages
  - Hémoglobine glyquée 5.8%
  - insulinothérapie d'emblée avec Insulatard (max 6 u) et Actrapid (2 à 6 u/repas) jusqu'au terme
  - Naissance par césarienne d'une petite fille 3,250 kg
  - 4 mois plus tard, OGTT montrant une intolérance au glucose, 78 kg
  - 1 an plus tard, 2000, diabète de type 2 => Metformine, HTA
  - 2005 : 91 kg, nécessité d'ajouter Diamicron -> 2 cp
  - 2009 : divorce => 61 kg : TTT Janumet 50/500 et Diamicron 1 cp
  - 2013 : 86.6 kg, Hb glyquée 6.2% sous le ttt ci-dessus
- 
-

***Mme A.R. 1970 - facteur de risque : âge (42 ans)***

Patiente d'origine suisse, pesant 63 kg pour 175 cm, très sportive.

AF : aucun cas de diabète

2012 Stérilité de couple => FIV avec 2 embryons implantés, un seul qui s'est développé.

24ème semaine OGTT (70 kg) : 4.1-8.5 mmol/l

Anamnèse alimentaire : 200 g HdC (beaucoup de fruits, tartines, chocolat,..)

Glycémies pré et post-prandiales restées parfaitement dans la norme suite à de simples mesures diététiques

---

---



***Mme A.W. 1968 - facteur de risque : éthnie ? (âge, AF)***

Patiente d'origine colombienne, pesant 58 kg pour 162 cm

AF : diabète de type 2 chez frère (dès 40 ans) et mère (dès 60 ans), 8 frères et soeurs sans diabète

2011 Après une grossesse menée à terme en 1991 (BB 3.8 kg) puis 3 fausses couches, stérilité de couple => FIV => grossesse gemellaire

24ème semaine OGTT (76 kg) : 4.8 -10.4 mmol/l

---

---

- Anamnèse alimentaire : 180 g HdC
  - Début d'une insulinothérapie au coup par coup avec Novorapide seule jusqu'au terme, mais rarement plus de 4 u et rarement plus d'une fois/jour
  - Naissance par césarienne à 34 semaines d'une fille de 1,070 g et d'un garçon de 1,650 g
  - Arrêt de l'insuline après accouchement au CHUV, pas de suivi
- 
-

***Mme G.R. 1970 - facteur de risque : AF (IMC 30.8, ethnie)***

Patiente d'origine malgache, pesant 77 kg pour 158 cm

AF : diabète de « type 2 » chez la mère depuis l'âge de 25 ans, dcd 52 ans d'insuffisance rénale. Tante maternelle avec diabète de type 2, dcd 50 ans et grand-mère maternelle avec diabète de type 2 dcd à 62 ans

1999 1ère grossesse : fille de 3,850 g qui a présenté des hypoglycémies à la naissance

2002 2ème grossesse

24ème semaine O'Sullivan (89 kg): 13.1 mmol/l !!!

---

---

- Anamnèse alimentaire : 260g HdC/j plus nombreux grignottages
  - Hémoglobine glyquée 7.6%
  - insulinothérapie d'emblée avec Insulatard (max 6 u) et Actrapide (2 à 6 u/repas) jusqu'au terme
  - Naissance par césarienne d'une petite fille 3,540 kg. Quelques hypo à la naissance
  - Pas revue pendant 1 an : Hb glyquée 8.8 % => Metformine
  - Adaptation du traitement au cours du temps. Actuellement Levemir 16 u, Glucophage 2x1000 mg et Starlix si repas « hors norme ».
  - 2013 : 66 kg kg, Hb glyquée 6.0% sous le ttt ci-dessus
- 
-

***Mme Z. F. 1979 - « facteur de risque » : alimentation (AF)***

Patiente d'origine sud-africaine, pesant 54 kg pour 160 cm

AF : diabète de type 2 chez la grand-mère maternelle et une tante maternelle

2012 : 1ère grossesse

24ème semaine OGTT 75 g (69 kg): 4.3-9.5 mmol/l



- Anamnèse alimentaire : 360 g HdC !!!!

Petit déjeuner : 1 copieux bircher, 1 banane, 1 yogourth

10h : 1 mangue et 1 pomme

Midi : 150g pain, fromage, oeufs

16h : 2 fruits

18h : 1 fruit

Souper : 1 assiette équilibrée avec 2 rations de féculents

22h : 2 fruits en purée

3h : 1 banane

- Glycémies pré et post-prandiales restées parfaitement dans la norme suite à de simples mesures diététiques
- 
-

## ***Mme O.R. 1982 - Critère alternatif ??***

Patiente d'origine ukrainienne, pesant 58 kg pour 167 cm

AF : diabète de type 2 chez le grand-père maternel et soeur qui a eu un diabète gestationnel.

2011 : 3ème grossesse (2 fausses couches)

24ème semaine OGTT (72 kg): 5.2-3.8 mmol/l

Anamnèse alimentaire : 200 g HdC

Glycémies pré et post-prandiales restées parfaitement dans la norme suite à de simples mesures diététiques



***Mme S.M. 1985 - Critère alternatif ?? mais...***

Patiente d'origine portugaise, pesant 59 kg pour 156 cm

AF : diabète de type 2 chez la mère et une tante maternelle, 4 frères et 5 soeurs sans diabète

2011 : 1ère grossesse

26ème semaine OGTT (65 kg): 4.9 - 10.4 (<10) - 6.0 mmol/l





- Anamnèse alimentaire : beaucoup de frites, riz.., boissons sucrées et goûter de 16h copieux
  - Glycémies pré et post-prandiales restées parfaitement dans la norme suite à de simples mesures diététiques
  - Naissance d'une petite fille 3,250 kg
  
  - Un an plus tard, OGTT montrant une intolérance au glucose (5.6-8.7 mmol/l). Hb glyquée 5.7%
- 
-

## **Mme M.T. 1968**

Patiente d'origine chinoise, pesant 43 kg pour 157 cm

AF : diabète de type 2 chez père (dès 50 ans) et mère (dès 70 ans), 5 soeurs sans diabète

1995 1ère grossesse sp

1997 2ème grossesse : hypoglycémie du bébé à la naissance (3,250 kg)

2008 3ème grossesse

24ème semaine OGTT (50 kg): 8.9-16.6-20.4 mmol/l !!!

---

---

- Anamnèse alimentaire : 270 g HdC (beaucoup de riz et de fruits, jusqu'à 1 kg/jour)
  - Hémoglobine glyquée 8.8% !!! => insulinothérapie d'emblée avec Insulatard et Novorapide jusqu'au terme
  - Naissance d'un petit garçon 3,220 kg qui a présenté quelques hypoglycémies à la naissance.
  - Retour à un poids de 46 kg après quelques semaines.
  - Allaitement pendant 1 an, avec diabète qui est resté présent.
  - TTT actuel : Levemir 30 u/j et Diamicron 2 cp/j
  - Glyquée 6.6%
- 
-

## **Mme H.S. 1975**

- Patiente d'origine marocaine, pesant 65 kg pour 167 cm

AF : diabète de type 2 chez mère (dès 40 ans) qui a eu 10 enfants.

Soeur jumelle de la patiente a développé un diabète après sa 1ère grossesse à 27 ans

2008 1ère grossesse

24ème semaine O'Sullivan (71 kg): 8.6-14.8 mmol/l !!!

Anamnèse alimentaire : 110 g HdC (consommation de soda en plus, avant diagnostic)

- Hémoglobine glyquée 7.4% !!! => insulinothérapie d'emblée avec Insulatard (jusqu'à 2x20 u) et Novorapide (jusqu'à 3x18 u/j) jusqu'au terme
- Naissance d'une petite fille 4,280 kg
- Glycémies « normalisées », avec Hb glyquée 6% sans traitement dans les 6 mois post-partum
- Après un an, élévation des glycémies => diabète => Levemir 30 u/j et Janumet 50/500 2 cp/j quelques mois puis souhait d'une deuxième grossesse en 2011 => insulinothérapie qu'elle a ensuite gardé