

**WEBINAIRE** Tous ensemble autour du diabète gestationnel  
Mars 2023



# WEBINAIRE



**Mardi 14 mars  
2023**



**De 13H00 à 14H15**

**Tous ensemble autour du diabète gestationnel**

WEBINAIRE pour les professionnels de santé du 1<sup>er</sup> recours



# Modalités du webinaire

---

- **Merci de bien noter vos nom et prénom lorsque vous vous connectez sur Teams** afin de faciliter votre identification et l'envoi des supports
- **Vos micros/caméras sont inactivés par défaut**
- **Vous pouvez poser des questions sur l'onglet « conversation »**
- **Le webinaire sera disponible en replay dans les jours prochains** ([www.diabeteoccitanie.org](http://www.diabeteoccitanie.org) et [www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr) / et sur les chaînes YouTube de Diabète Occitanie et RPO)
- Pour tout problème technique, contactez A Brozzetti au 06 89 38 41 27 et M Zanini au 07 48 16 24 14

# Présentation des intervenantes

## Le webinaire est animé par :

- **Mme Françoise Prido**, Sage-Femme libérale, Présidente de l'URPS Sages-Femmes Occitanie
- **Dr Magali Coustols-Valat**, Diabétologue, référente Diabète et Grossesse, Maternité Paule de Viguiet et Diabète Occitanie (DO)
- **Dr Armelle Bertrand**, Obstétricienne, Maternité Paule de Viguiet et Réseau Périnatalité Occitanie (RPO)
- **Dr M-Christine Chauchard**, Diabétologue et médecin coordo DO



# Déroulement du webinaire

- ✓ **Enquête** auprès d'un petit groupe de patientes
- ✓ Cas clinique de **Ludivine**, fil conducteur de la présentation



- ✓ **Points clés** de la prise en charge du DG et de l'accompagnement par la Sage-femme libérale, le diabétologue, le gynécologue-obstétricien et les autres PS ( dont Diététicien, MG )
- ✓ Un peu de science et quelques **références bibliographiques**
- ✓ Des **verbatim** de patientes extraits de leurs réponses à l'enquête



# Enquête auprès de patientes / Diabète Gestationnel

- **Période du 18/01 au 8/02/2023**
- **Champs explorés :**
  - Modalités et ressenti de l'annonce, vécu du DG, recherche d'une anomalie métabolique persistante et évolution de l'hygiène de vie à plus de 3 mois de l'accouchement
- **Effectif :**
  - 20 patientes répondantes dont
    - 16 sollicitées par la maternité du CHU de Toulouse,
    - 2 par une SF
    - 2 par une connaissance
- **Âge des patientes :** moyenne 35 ans [27-46 ans]



# Enquête auprès de patientes / Diabète Gestationnel



## ANNONCE

- « *J'ai appris que je présentais un diabète gestationnel par* : »
  - Sage-femme : 8
  - Obstétricien/gynécologue : 6
  - Un professionnel du laboratoire d'analyses médicales : 1
  - De moi-même en regardant mes résultats de prise de sang : 5
- **Ces 5 personnes** ont toutes recherché des informations sur Internet avant de rencontrer un PS : 1 sur sfendocrino.org, 2 ne se rappellent plus, 2 non réponses,
- **Ce qui a entraîné** : Aucun effet particulier : 1, Cela m'a rassurée : 1, Un peu inquiétée : 1, Beaucoup angoissée : 2



## Enquête auprès de patientes / Diabète Gestationnel

Comment vous êtes-vous sentie après l'annonce du diabète gestationnel par le professionnel de santé ou le 1<sup>er</sup> échange avec ce dernier ?

- Pour les 5 qui avaient appris par elle-même :

Rassurée :  
2

Bien :  
1

Anxieuse :  
2

- Pour les 15 autres : 60% anxieuse ou perdue

Rassurée :  
3

Pas de  
changement :  
3

Anxieuse :  
5

Perdue :  
4

# Cas clinique

Mme G. Ludivine, 37 ans

Elle mesure 1m63 et pèse 75 kg soit un IMC = 28 kg/m<sup>2</sup>

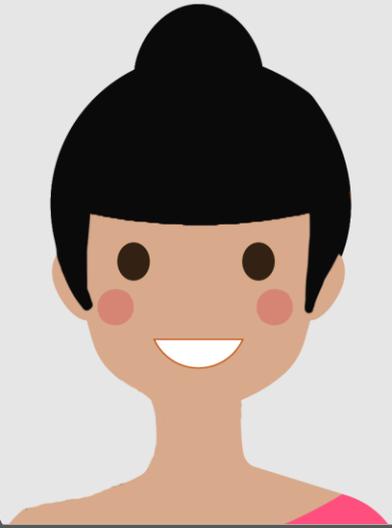
## Antécédents familiaux :

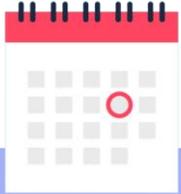
Diabète type 2 chez sa grand-mère maternelle

Pas de diabète chez les membres de sa famille au premier degré

## Antécédents personnels :

C'est sa deuxième grossesse et elle a une petite fille née à 41 SA en 2021, par voie basse avec un poids de naissance de 3kg 900

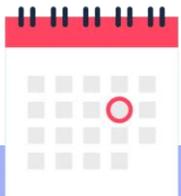




## A 8 semaines d'aménorrhées

**La glycémie à jeun est à 0.91g/l**

Le temps du bilan de prévention sera précieux pour commencer à parler d'équilibre alimentaire et d'activité physique.



## A 25 semaines d'aménorrhées

**L'HGPO réalisée est pathologique :**

T0 = 1.06 g/l   T1= 2.64   T2= 2.34

# Paroles de patientes



***« J'étais anxieuse de la suite à donner à la prise en charge et de l'organisation personnelle que ça demande »***



***« J'étais déçue de ne plus pouvoir manger comme avant, j'ai très souvent faim et donc je suis de mauvaise humeur »***





- Ces résultats del’HGPO nécessitent une consultation pour expliquer le diabète gestationnel et sa prise en charge en insistant sur les deux axes principaux du traitement, c’est-à-dire **équilibrer l’alimentation et pratiquer une activité physique.**
- Il est fondamental de ne pas insister dans un premier temps sur les risques du diabète gestationnel mais de ne pas minimiser non plus : **l’objectif de cette annonce est de rendre la patiente actrice de sa prise en charge.**



# Paroles de patientes



***« J'ai apprécié la capacité de ma sage-femme à m'aider à me déculpabiliser tout en m'incitant à me responsabiliser dans les changements quotidiens à mettre en place. »***



## Que conseiller à la patiente ?

- Il est important que les **taux de glycémies soient bien contrôlés** afin que la grossesse puisse se dérouler dans les meilleures conditions pour la mère et l'enfant.
- Le principal traitement est représenté par la **pratique de l'activité physique** et la mise en place d'une **alimentation équilibrée** et adaptée à la grossesse. Ce traitement est efficace dans 7 cas sur 10.
- Si cela ne suffit pas, un traitement par insuline sera prescrit en complément.





## Que conseiller à la patiente ?



1

**Mettre en place  
une activité  
physique  
régulière  
adaptée à la  
grossesse**



2

**Avoir une  
alimentation  
équilibrée et  
adaptée à la  
grossesse**



3

**Surveiller  
régulièrement  
ses glycémies**



**1**

**Activité  
physique**

## **Mettre en place une activité physique régulière adaptée à la grossesse.**

**La plupart des activités sont possibles pendant la grossesse sauf contre-indications particulières.**

Marcher est une activité qui peut être pratiquée chaque jour. On peut encourager la patiente à réaliser au moins, une activité physique de 180 mn répartie en 3 séances par semaine.



Vous trouverez beaucoup d'informations sur la pratique du sport et des activités physiques pendant la grossesse dans le document suivant :

Ce document a été réalisé par le ministère chargé des Sports avec le concours de:

Gwenaëlle BONTEMPS – Sage-femme  
Clémentine DESHAYES – Sage-femme  
Laurence DUPUIS – Sage-femme  
Tiffany WAUTHIER – Sage-femme  
Dr Patrick LAURE – Médecin conseiller DRJSCS Grand-Est  
Dr Sophie CHA – Médecin conseiller DRJSCS Bretagne  
Dr Carole MAITRE – Médecin gynécologue INSEP  
Jacques BIGOT – Responsable pôle ressources national sport-santé-bien-être  
Roméo SCHMITT – Responsable national des projets en santé publique avec l'appui de Nicolas Pacevicius – Design graphique  
Jean-François PIERRE – Adjoint au chef du bureau Famille et Parentalité au sein de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)  
Muriel FAURE – Chargée de mission Sport et femmes/mixité Direction des sports – ministère des Sports  
Emmanuelle SARRON-RAGONNEAU – Chargée de mission Sport-santé Direction des sports – ministère des Sports  
Christèle GAUTIER – Cheffe du bureau de l'élaboration des politiques publiques du sport Direction des sports – ministère des Sports

  
**MINISTÈRE**  
**CHARGÉ DES SPORTS**  
*Liberté*  
*Égalité*  
*Fraternité*





**2**  
**Equilibre**  
**alimentaire**

## Avoir une alimentation équilibrée et adaptée à la grossesse.

3 grands principes alimentaires doivent être mis en place :

**1** Eviter le sucre et les produits sucrés : Jus de fruits, sirop, pâtisserie, miel, bonbons, biscuits sucrés, confiture, pâtes à tartiner, yaourt aromatisé, crème dessert, glace ...

La patiente peut cependant consommer occasionnellement et en quantité limitée des produits à goût sucré contenant des édulcorants.



## **2** Associer féculents et légumes systématiquement à chaque repas.

Les féculents apportent l'énergie nécessaire au bon déroulement de la grossesse.



## Les principaux féculents sont :

- Les pâtes, riz, semoule, polenta, blé et autres céréales, quinoa
- Le pain et tous les produits dérivés (biscottes, petits pains grillés), de préférence complets ou riches en fibres
- Les farines, maïzena, fécules, pâte à tarte et pizza
- Les corn-flakes, flocons d'avoine, muesli sans sucre
- Les pommes de terre
- Les légumes secs : lentilles, fèves, pois chiches, haricots secs, pois cassés, flageolets ...
- Le maïs, petits pois, marrons
- L'igname, la patate douce, la banane plantain, le manioc



Les légumes apportent des fibres permettant de ralentir l'absorption des féculents.

Pour normaliser les glycémies, il est **important de consommer à chaque repas plus de légumes que de féculents.**



3

**Privilégier la régularité des prises alimentaires, en 3 prises quotidiennes et éventuellement fractionner l'alimentation avec 3 repas + 2 à 3 collations par jour.**

Le fractionnement peut permettre de lisser les glycémies sur la journée. Les collations seront alors composées d'un aliment glucidique et d'un produit laitier nature.





**L'important est de maintenir une alimentation variée et équilibrée, qui se rapproche le plus possible des habitudes de la patiente.**

**VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS**



Consultez les recommandations 2022 de la SFD paramédicale  
« Nutrition et diabète gestationnel »



**3**

**Surveiller  
régulièrement  
ses glycémies**

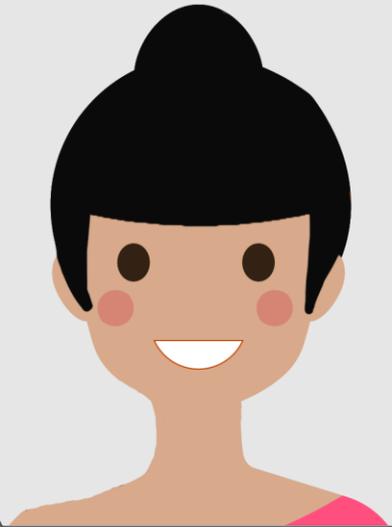
Grâce à des contrôles 4 à 6 fois par jour, avant et 2h après le début de chaque repas principal (petit-déjeuner, déjeuner, dîner).

**Les objectifs à obtenir sont :**

**< 0.95 g/L à jeun et avant les repas**

**< 1.20 g/L 2h après le début  
du repas**





La patiente est ensuite adressée avec ses résultats d'auto-surveillance à un diabétologue.

# Tuto'Tour

**TUTO'**  
**TOUR**  
de la  
Grossesse

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Occitanie

**LE DIABETE**  
**DE LA**  
**GROSSESSE**

**Ep 1 : C'EST QUOI ?**

# Paroles de patientes



***« Au début, comment je l'ai appris ? C'était un mail me disant de prendre un rdv rapidement avec un endocrinologue »***



***« J'avais peur pour mon bébé car je croyais qu'il pouvait y avoir des conséquences sur la grossesse »***



***« Il me faut prendre encore un traitement pour un diabète que je n'ai que depuis ma grossesse et me piquer 6 fois par jour »***

# Paroles de patientes



***« La gynécologue qui m'a fait l'annonce a pris le temps de m'expliquer ce que cela impliquait et comment allait se passer ma prise en charge à la maternité »***



***« Très bonne explication et prise en charge rapide du service de diabétologie »***



***« La diabétologue a su trouver les mots pour me rassurer et m'a proposé un régime qui ne me frustrait pas trop. »***





## Rôle du diabétologue :

- **Valider les acquisitions de connaissances et de compétences** (compréhension des mécanismes et des enjeux, des modalités et objectifs de l'autosurveillance, mise en œuvre des conseils diététiques, points forts et difficultés exprimées ou pressenties)
- **Mettre en place le suivi** (télésuivi par myDiabby) et le **parcours médical et éducatif** et présentation des ressources de soins
- **Compléter le bilan biologique** si besoin (HbA1c – Anticorps – TSH)
- **Définir la stratégie thérapeutique** et mettre en place une insulinothérapie si besoin (30 à 40%)



## 4 Facteurs de Risque :

- **IMC ++ > 25 kg/m<sup>2</sup>**
- **Âge maternel > 35 ans**
- **Antécédents de DG et/ou de macrosomie**
- **Antécédents de diabète chez un apparenté au 1er degré**
- **Origine ethnique**
- **SOMP**
- **PMA**



**IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup> OR 2-3**  
**IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> OR 3-8**  
FDR indépendant  
de complications périnatales

**LUDIVINE**  
*37 ans – surpoids*

- **En présence d'un facteur de risque (au moins) :**

## Dépistage

- **Au 1<sup>er</sup> trimestre (idéalement en pré conceptionnel), une glycémie à jeun (GAJ) sera réalisée à la recherche d'un DT2 méconnu**
  - $GAJ \geq 0,92g = DG$        $GAJ > 1,25g = \text{Diabète}$
- **Entre 24 et 28 SA, l'HGPO avec 75 g de glucose avec mesure des glycémies à 0, 1 et 2 heures est recommandée**
  - $0,92g / 1,80g / 1,53g = 1 \text{ valeur au moins au dessus} = DG$

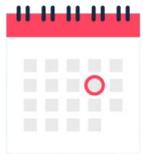
**LUDIVINE**  
avait 0,91 au  
1<sup>er</sup> trimestre –  
Diagnostic sur HGPO  
+++

## En l'absence de dépistage

Des biométries fœtales > 97<sup>ème</sup> percentile ou un hydramnios doivent faire rechercher un DG (accord professionnel)  
Pas de consensus sur le type de dépistage tardif = HGPO avant 34 SA.



## Fenêtres de dépistage : Précoce / milieu / tardif



**Avant 24 SA : GAJ = DG précoce**

### Pour le diagnostic du DT2 +++ méconnu

Aucune étude prospective sur l'intérêt du diagnostic du DG avant 24 SA =  
controverses ++

- > PHRC LEMA GDM (cf)
- > nouvelles recommandations à venir

## Prise en charge précoce vs prise en charge « tardive » : PHRC LEMA GDM Study / En cours → fin en 2024 ...



*Essai multicentrique randomisé de non-infériorité*  
*CHU Lille. Dr A. Vamberghe*

**Au moins UN FDR**

**+ GAJ  $\geq$  0,92g Randomisation avant 20 SA \***

*Exclusions GAJ  $\geq$  1,10 et/ou HbAc > 6,5%*

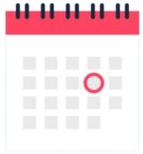
**Prise en charge immédiate**

**OU**

**tardive selon l'HGPO 75g 22-28 SA**

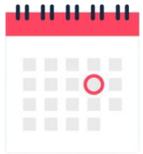
**>> Composite de complications fœto-maternelles**

*Concerne les patientes accouchant au CHU, intéressées pour participer et chez qui une autosurveillance ne doit pas être débutée / Contact Centre Diabète Grossesse PdV*



**24 – 28 SA : HGPO = DG « classique »**

---



**Après 28 SA : peu d'études (thèse en cours) = DG tardif**

---



**LUDIVINE**  
a fait HGPO à  
25 SA :  
« DG classique »

## Place de l'HbA1c :

- **DIAGNOSTIQUE**

- SFD : alternative diagnostique à l'HGPO
  - GAJ ( 0,92g ) et HbA1c (5,7%)

- **PRONOSTIQUE**

- JCEM 2017: HbA1c to identify High Risk Gestational Diabetes : Utility in Early vs Standard DG
  - Equipe Australienne 844 DG précoce et 2254 DG standard
  - Surrisque d'évolution défavorable pour un seuil de 5,9%

Césarienne	OR 3,6
Macrosomie	OR 3,5
HTA	OR 2,6



## Où trouver des outils fiables et gratuits pour nous aider dans le diabète gestationnel?

1

### Le tuto'tour de la grossesse

#### Où trouver les vidéos ?

- Sur le site internet : [www.tutotour.net](http://www.tutotour.net)
- Sur Facebook [facebook.com/tutogrossesse](https://facebook.com/tutogrossesse)
- Sur la chaine YouTube

**TUTO'**  
**TOUR**  
de la  
Grossesse

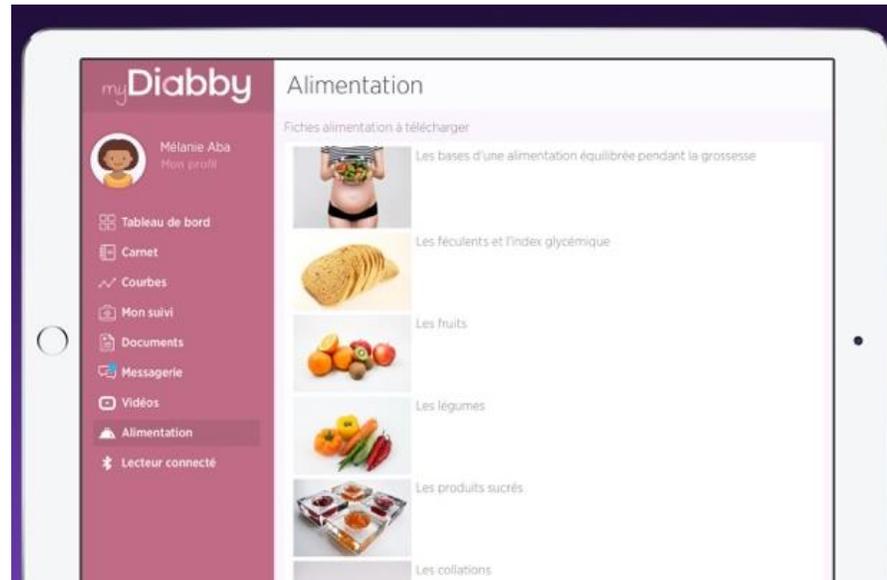
**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Occitanie

**LE DIABETE**  
**DE LA**  
**GROSSESSE**  
**Ep 2 : QUOI FAIRE ?**

2

## L'appli myDiabby

my**Diabby**



**Permet à la patiente de partager ses données de suivi et traitement avec son équipe médicale habituelle et de bénéficier d'un accompagnement à distance grâce à la télémédecine.**

## Exemple de parcours de prise en charge du DG au CHU Paule de Viguier (Toulouse) : **PROGRAMME DIAMAT PDV**

- **Consultation d'annonce :**

QUAND

- Dès le diagnostic (DG précoce, standard ou tardif) : < 15 jours

COMMENT

- En groupe (15) toutes les semaines / jeudi

PAR QUI

- Pluridisciplinaire : sage-femme + diététicienne + médecin

QUOI

- Généralités + ASG + principes diététiques
- Puis : Orientation du suivi – mise en place de la télésurveillance myDiabby

## Exemple de parcours de prise en charge du DG au CHU Paule de Viguier : **PROGRAMME DIAMAT PDV**

- **Ateliers ETP groupe (après 24 SA)**
  - 13h – 17h le mardi par équipe SF/DIET/PSYCHO/DIABETO
  - Consultation de suivi en individuel *possible +/- HDJ (décision de fin de grossesse)*
  - Consultation en suites de couches *si besoin*
- **Dans le post partum = Article 51 PRÉCIDIVE (DG insuliné et IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) objectif de prévention du dt2**

## Le programme régional DIAMAT

- **Programme d'ETP de groupe DG qui fonctionne depuis 2004**
  - Sous l'égide des réseaux DIAMIP et MATERMIP en Midi-Pyrénées
  - Dans plus de 10 maternités publiques et privées de la région
  - Programme autorisé ARS
  - Réunions régulières d'échanges de pratique et de formation des équipes
- **Perspective :**
  - Pilotage par DO d'un programme ETP DG qui sera décliné sur plusieurs sites
  - Coordonné par DO pour mutualiser le recrutement et alléger les contraintes administratives et d'évaluation des sites proposant le programme
  - Equipes intéressées, **se signaler !**
- **Groupe de travail régional : Stratégie du parcours DG**
  - Copilotage **DO et RPO** avec la participation de l'**inter-URPS**

**Tableau de bord**

Données cliniques

Informations

Infos Grossesse

Traitement

Consultations

Documents

Cibles et alertes

Coordination

Objets connectés

Notes

ETP

Journal alimentaire  Colonne goûter

IR : Insuline Rapide IL : Insuline Lente

	PETIT-DÉJEUNER					DÉJEUNER					DINER					AU COUCHER	NUIT	DTQ	REMARQUES
	Avant		Après			Avant		Après			Avant		Après			Glycémie IL	Glycémie		
	Glycémie	IR	IL	Glycémie	Collation Matinée	Glycémie	IR	IL	Glycémie	Collation Après-midi	Glycémie	IR	IL	Glycémie	Collation Soirée	Glycémie IL	Glycémie		
SA 7 DIM. 08/01/2023	1,48			1,90		1,43			1,10		1,47			1,86					
LUN. 09/01/2023	1,38			2,08		1,25					1,41	8		0,99				16	
MAR. 10/01/2023	1,24	8		1,39		1,18	8		1,00		1,46	8	16	1,44				40	
MER. 11/01/2023	1,17	8		1,52		1,14	8		1,27		1,14	8	16	0,86				40	
JEU. 12/01/2023	1,13	8		1,64		1,64	8		0,76		1,09	8	16	1,69				40	DIN Apr : Bout de galette des rois
VEN. 13/01/2023	1,19	8		1,39		0,98	8		1,00		0,92	8	16	1,42				40	
SAM. 14/01/2023	1,27	8		1,43							0,82	8						48	
SA 8 DIM. 15/01/2023	1,10	8		1,09(+1h)		0,78	8		1,54		0,94	8	16	1,12				40	



**« Il me semble important d'expliquer d'entrée aux mamans que ce n'est pas grave d'en venir à l'insuline, que ça permet de libérer un poids mental, de se dire que si on n'y arrive pas avec les mesures diet, c'est OK »**

**LUDIVINE est insulinée en Basal Bolus :**

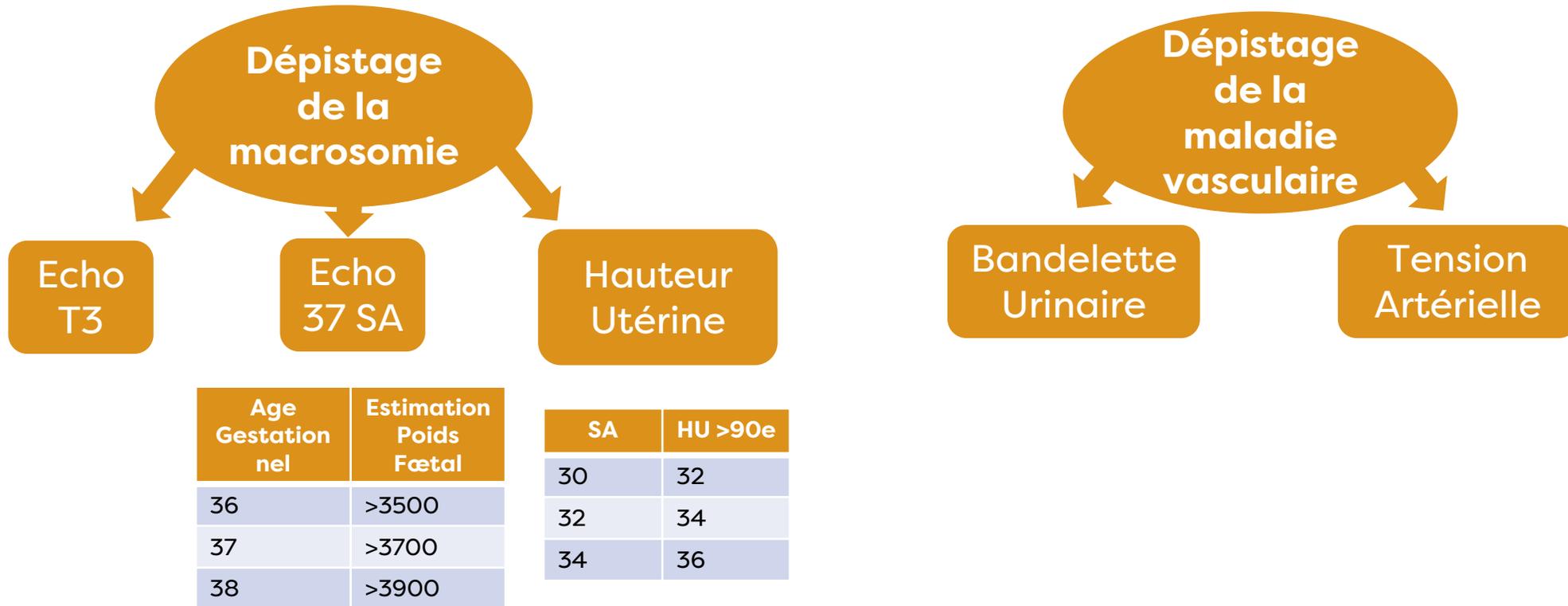
- Insuline LENTE Glargine<sup>o</sup> : 42 UI le soir
- Insuline Rapide Aspart<sup>o</sup> : 10 UI le matin, 20 à midi et 20 le soir

**L'HbA1c est à 5,4%.**



# Suivi de la grossesse en cas de DG

Suivi obstétrical mensuel habituel avec dépistage des complications



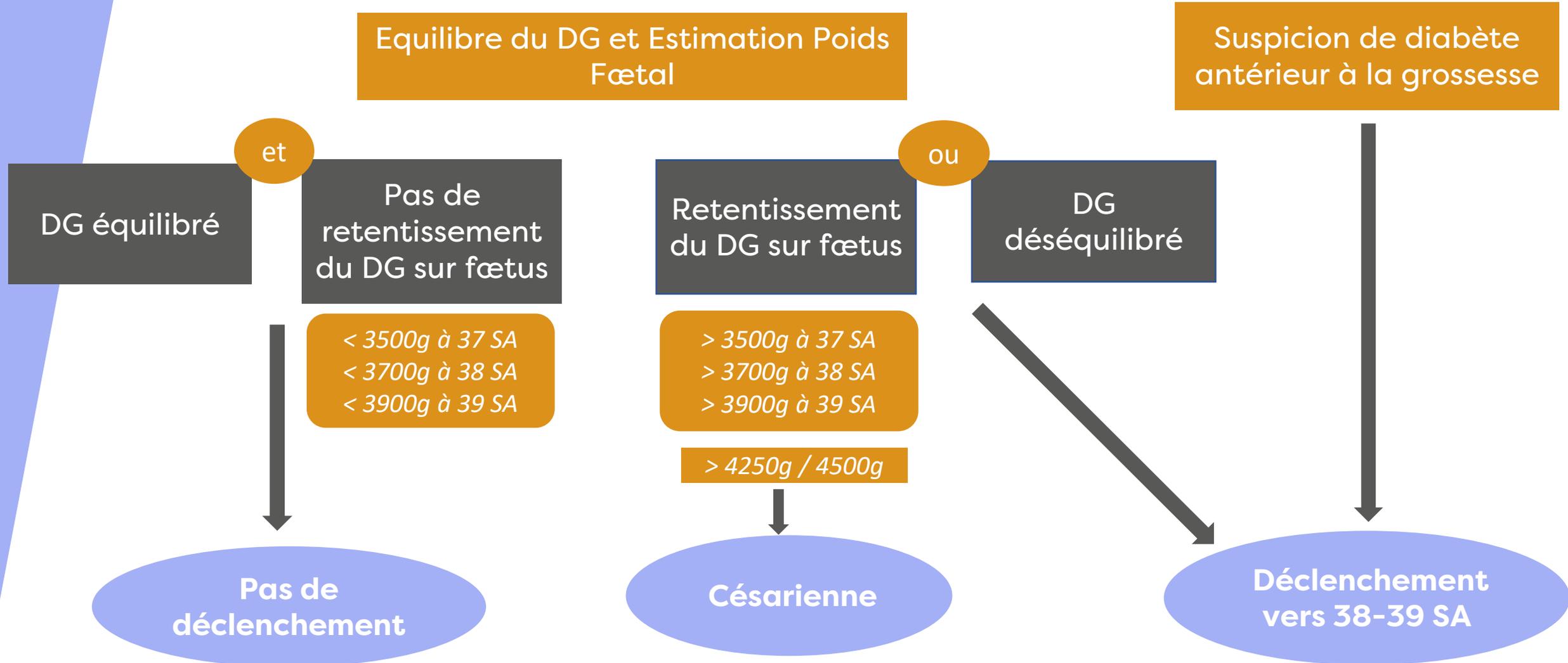
## Prescription de surveillance par sage-femme à domicile ou au cabinet si besoin :

- Equilibre glycémique difficile à obtenir
- Suspicion de diabète antérieur
- Haut risque de maladie vasculaire (âge, HTA antérieure, obésité..)

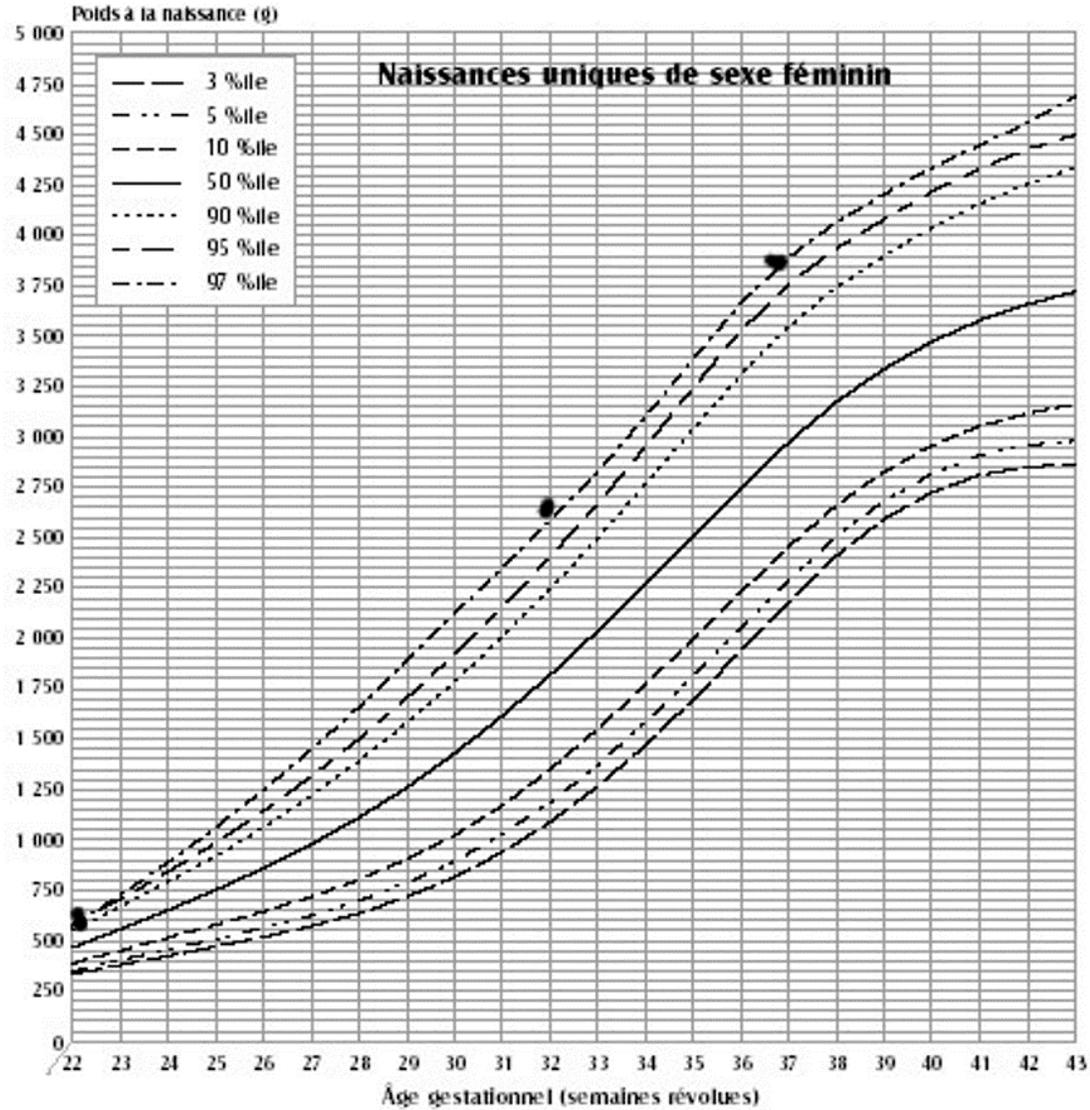
**Patiente normo-tendue, pas de protéinurie, deuxième pare, macrosomie mais DG bien équilibré => pas de suivi à domicile**



# Faut-il déclencher ?



# Courbe de croissance



Carnet Semainier

Journal alimentaire

IR : Insuline Rapide IL : Insuline l

	PETIT-DÉJEUNER					DÉJEUNER					DINER					AU COUCHER		REMARQUES			
	Avant		Après			Collation Matinée	Avant		Après			Collation Après-midi	Avant		Après				Collation Soirée	IL	DTQ
	Glycémie	IR	IL	Glycémie	Glycémie		IR	IL	Glycémie	Glycémie	IR		IL	Glycémie	Glycémie	IR	IL				
<b>VEN.</b> 08/12/17	0,77	10		1,06		0,69	18		1,27		0,79	18		1,34				46			
	Thé sans sucre nuage de lait 60gr pain céréales noix de beurre																				
	0,81	10		0,88		0,76	20		1,14		0,71	20		1,19				50			
<b>SAM.</b> 09/12/17	Thé sans sucre nuage de lait 50gr pain céréales noix de beurre																				
	0,77	10		0,92		0,70	20		1,11		0,76	20						50			
	Salade quinoa thon filet de poulet chou fleur 35 gr pain céréales tranquette comté yaourt sans sucre nature 1 pomme																				
<b>DIM.</b> 10/12/17	Thé sans sucre nuage de lait 50gr pain complet noix de beurre																				
	Entrée lentilles carottes râpées poivrons verts onglet côte de blettes tranquette comté 40gr pain céréales yaourt nature sans sucre 1 clémentine 1 kiwi																				
<b>Moyennes 7j</b>	0,78			0,92		0,79			1,23		0,78			1,28							
<b>Moyennes totales</b>	0,86					0,79			1,27		0,88			1,31							

# Le DG est-il équilibré ?



## Rôle du diabétologue :

- Evaluer l'équilibre du diabète chez une patiente qui fait une ASG



- **Bien équilibré (accord d'équipe) :** exemple de myDiabby
  - Moyenne globale à moins de 1g
  - A jeun <0,95 et PP <1,20 à plus de 80%  
(« Il vaut mieux être à 2 g 1 fois par semaine qu'être à 1,30 tous les jours »)
- **Mal équilibré :**
  - Moyenne globale est à plus de 1,1g/l
  - HbA1c > 5,9 %

Pour cette patiente, bien équilibrée sous insuline



## Comment déclencher ?

Plusieurs types de déclenchement possible (maturation cervicale / direction du travail) en fonction du col de l'utérus.

Patiente informée des modalités du déclenchement.

### Pour cette patiente :

- Bon équilibre du DG mais macrosomie donc déclenchement vers 39 SA
- Choix de la méthode de déclenchement : Misoprostol



## Au moment de l'accouchement :

### Epreuve du travail

- Le risque de dystocie des épaules n'est pas prévisible
- Si macrosomie, information de l'équipe obstétricale, préparation aux manœuvres, extraction réfléchie, Anesthésie Péridurale (APD) recommandée
- Si DG Insuliné, pas de surveillance systématique des glycémies, pas de perfusion de Glucosé 10% (patiente à jeûn : arrêt Insuline Rapide et arrêt Insuline lente après naissance)



**Ludivine accouche par  
voie basse sous APD d'une  
fille 4000g, déchirure  
simple**



## Post-partum immédiat

### Rôle de l'obstétricien :

- Allaitement recommandé
- Contraception habituelle sauf facteurs de risque associés (obésité, HTA, dyslipidémie)
- Vécu de l'accouchement



Bon vécu après pose APD,  
allaitement maternel,  
contraception par  
microprogestatifs,



## Les enjeux futurs

### 1 Risque de diabète ultérieur pour la mère (x 7 à 10) :

Le risque relatif augmente de manière importante avec chaque grossesse supplémentaire marquée par un diabète gestationnel et diminue avec le temps après une grossesse avec diabète gestationnel mais reste élevé pendant plus de 35 ans.

- *Diaz-Santana M.V. et al. Persistence of risk for type 2 diabetes after gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 2022*

### 2 Risque vasculaire :

Le risque de maladie CV chez des femmes d'âge moyen ayant eu un DG n'est pas diminué si elles reviennent à une glycémie normale après grossesse avec un risque multiplié par 2.

- *Gunderson E, et al. Gestational Diabetes History and Glucose Tolerance After Pregnancy Associated With Coronary Artery Calcium in Women During Midlife The CARDIA Study. Circulation 2021*

### 3 Risque augmenté d'obésité de l'enfant :

Les filles dont la mère a souffert de diabète gestationnel présentent un risque 3.5 fois plus élevé d'être en surpoids vers l'âge de 6-8 ans. Ce risque est 5.5 fois plus élevé si la mère est en surpoids ou obèse avant la grossesse.

- *Diabetes Care. Novembre 2014 ; 37(11):2996-3002. Maternal hyperglycaemia during pregnancy predicts adiposity of the offspring. Kubo A et al*

## Quelle surveillance dans le post-partum ?

### GAJ ou HGPO sont recommandées :

- lors de la consultation postnatale qui a lieu entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement ;
- 3 mois après l'accouchement ;
- avant toute nouvelle grossesse ;
- puis tous les 1 à 3 ans, selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans.

Glycémie à jeun	< 1,1g	1,10 à 1,25g	> 1,25g
HGPO 75g T2h	< 1,40g	1,40 à 2g	> 2g
	<b>Normal</b>	<b>Intolérance au glucose</b>	<b>Diabète</b>

Le suivi de la mère comporte aussi la recherche d'autres facteurs de risque cardiovasculaire : pression artérielle, bilan lipidique...

**+ adopter des mesures hygiéno-diététiques après l'accouchement pour prévenir la survenue d'un diabète de type 2 :**

- avoir une activité physique suffisante
- adopter une alimentation équilibrée
- arrêter le tabac
- corriger un surpoids.

Au retour à la maison lors de sa visite à domicile, la sage-femme (ou le médecin traitant) reprendra le vécu de l'accouchement, de l'éventuelle surveillance glycémique à la Maternité.

**Ce suivi sera d'autant plus important** que l'on sera sur une grossesse très médicalisée ou que l'enfant aura nécessité une surveillance particulière à la naissance.



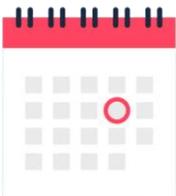
# TUTO' TOUR

de la  
Grossesse



# APRÈS UN DIABÈTE DE LA GROSSESSE,

# JE RESTE ATTENTIVE À MA SANTÉ !



**Vidéo en ligne à compter du 14 mars 2023**

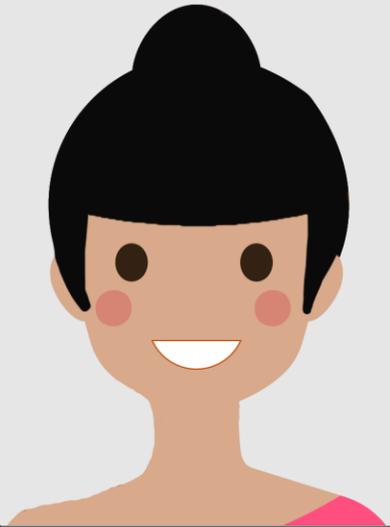


## Recommandations du post-partum

- Encourager la poursuite des mesures hygiéno-diététiques
- La perte de poids peut prendre 6 mois
- Vérifier que la patiente est en possession de son ordonnance pour l'HGPO
- Faire le lien avec le médecin traitant de la patiente



## Entretien post-natal précoce



**1 mois après l'accouchement doit être proposé l'entretien post-natal précoce** : il peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme.

Nous revoyons donc Mme G pour faire le point de son état général et psychique à un moment clé pour le dépistage d'une éventuelle dépression du post-partum ou d'un état de burn-out parental.

Mais ce moment sera aussi l'occasion de refaire le point de ses habitudes alimentaires.

# Paroles de patientes

- Leur hygiène de vie après le diabète gestationnel :



***« Je consomme des légumes à chaque repas »***



***« Je mange sucré quand ça ne va pas, quand je suis stressée »***



***« J'ai continué la marche avec le petit et je mange beaucoup plus équilibré qu'avant ma grossesse »***



# Réponses des patientes

- D'après notre enquête :
  - 3/8 des patientes n'ont pas encore réalisé leur HGPO à + de 3 mois de leur accouchement
  - Toutes disposent cependant de la prescription
  - Toutes expriment un manque de temps à l'origine de la non réalisation





## Pour conclure / DG :

- Pathologie fréquente
- Recommandations de dépistage
- Annonce du diagnostic : moment particulier et sensible, à bien doser ...
- Enjeu de rendre la parturiente très active dans sa prise en charge, intérêt de l'ETP
- Prise en charge multi professionnelle et ville/hôpital
- Celle-ci repose sur hygiène de vie (HDV) et surveillance mais annoncer l'éventualité d'un traitement insulinique dans 30% des cas
- Suivi obstétrical et diabétologique spécifique
- Dépistage et suivi métaboliques à poursuivre après l'accouchement et pendant 25 ans
- Précautions d'HDV à poursuivre à vie ...





## Suivez-nous sur :



[www.diabeteoccitanie.org](http://www.diabeteoccitanie.org)



[www.perinatalite-occitanie.fr](http://www.perinatalite-occitanie.fr)



[www.urpssf-occitanie.com](http://www.urpssf-occitanie.com)

# Questions / Réponses

---





# Vous remerciant pour votre participation



**A BIENTÔT**

WEBINAIRE Tous ensemble autour du diabète gestationnel – mars 2023