

RECOMMANDATIONS ACTUELLES

pour le dépistage du diabète gestationnel en population générale et chez les patientes avec antécédents de chirurgie bariatrique



Fiche professionnels

Seuils, diagnostics, contextes et résultats qui doivent amener à une prise en charge rapide

DÉFINITION DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Trouble de la tolérance glucidique diagnostiqué pendant la grossesse

DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

1/ Dépistage si au moins un facteur de risque parmi les suivants :

- Âge supérieur à 35 ans
- Surpoids (Index de Masse Corporelle = IMC supérieur ou égal à 25 kg/m²)
- Diabète chez l'un des membres de la famille au premier degré (père, mère, frères, sœurs, enfants)
- DG au cours d'une précédente grossesse
- Antécédent personnel d'accouchement d'un enfant de plus de 4 kg à terme

2/ Recommandations de dépistage du DG :

Prescrit par le médecin ou la sage-femme

Il sera réalisé :

- Au cours du 1^{er} trimestre : mesure de la glycémie à jeun

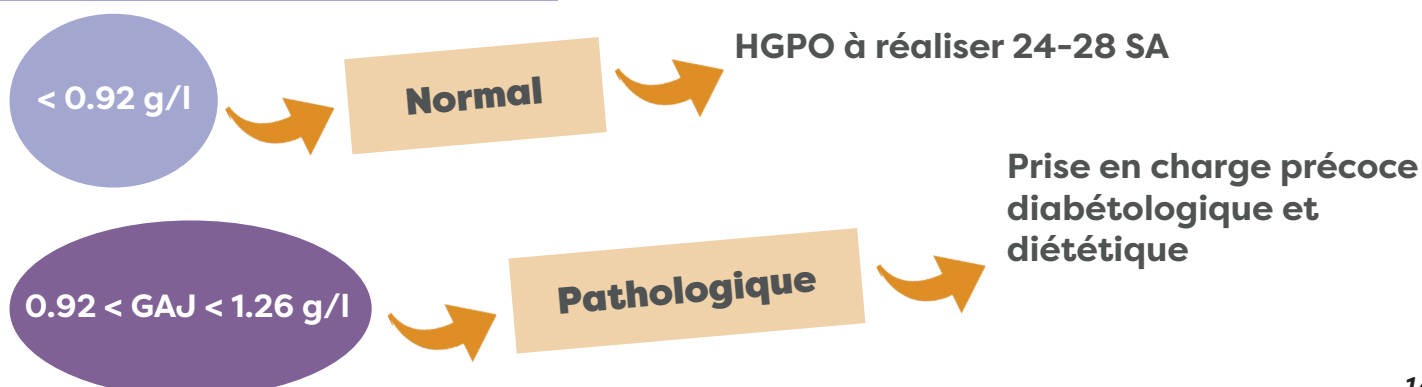
Et/ou

- Au cours du 6^{ème} mois soit entre la 24 et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) : une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) 75 g avec mesure des glycémies aux temps 0, 1h et 2h

Recommandations 2010 pour le diagnostic du diabète gestationnel de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), selon seuils de l'IADPSG (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups)

3/ Seuils pathologiques :

GLYCÉMIE À JEUN 1^{ER} TRIMESTRE



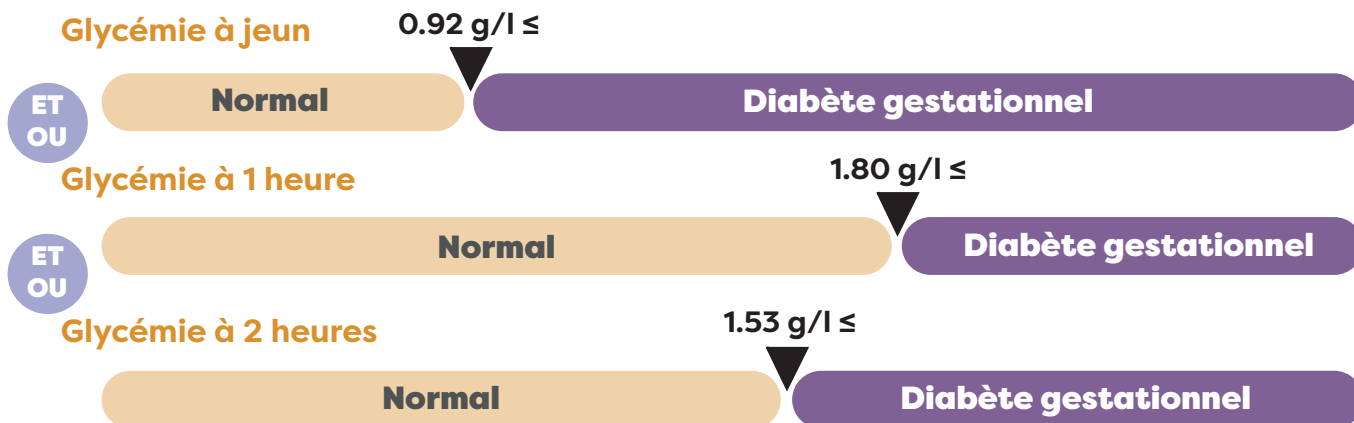
Attention

- Une glycémie à jeun supérieure à 1.10 g/l est un DG qui justifie une prise en charge très diligente
- Une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1.26 g/l signe un probable diabète pré-gestationnel et nécessite une prise en charge par un diabétologue

HGPO (75 g sucre voie orale) réalisée entre 24-28 SA

Diagnostic de DG si au moins une des trois valeurs de glycémie est égale ou supérieure aux seuils suivants :

- Glycémie à jeun : 0.92 g/l
- Glycémie à 1h : 1.80 g/l
- Glycémie à 2h : 1.53 g/l



EN CAS D'ANTÉCÉDENTS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

Indication de dépistage du diabète gestationnel chez toute femme avec antécédent de chirurgie bariatrique *D'après Cosson et al. Diabetes et Metabolism 2017*

Chirurgie restrictive
(Sleeve gastrectomy)

Chirurgie malabsorptive
(ByPass)

1^{er} trimestre

GAJ (N<0.92 g/l) et HbA1C (N<5,7%)

Entre 24 et 28 SA

HGPO 75 g
N si TO <0.92 g/l
et T1h < 1.80 g/l
et T2h <1.53 g/l

Glycémies capillaires 6 fois par jour pendant 7 jours

- avant repas (N<0.95g/l)
- 1 h après le début du repas (N<1.40g/l)

DG si > 20% de l'ensemble des valeurs pathologiques*

* (Recommandations SFD d'après : Pregnancy after bariatric surgery : Clinical practical guidelines BARIA - MAT Group)

CONSÉQUENCES DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Complications maternelles (N = 9795)	(%)
Pré-éclampsie	1,9
Césarienne	20,9
Complications fœtales	(%)
Accouchement prématuré	5,3
Bébé LGA*	9,9
Dystocie des épaules	0,2
Hypoglycémie néonatale	0,9

*Large for gestational age (>90^{ème} percentile)

D'après Cosson et al. Diabetes Metab 2019

1/ Risques maternels :

- Le diabète gestationnel est associé à un risque accru d'hypertension artérielle gravidique, de prééclampsie et de césarienne.
- Les femmes ayant présenté un diabète gestationnel ont également à plus long terme un risque augmenté (multiplié par 7 à 10) de développer ultérieurement un diabète de type 2.
- 35 % des patientes avec DG ont développé un diabète 11 ans plus tard (*). Ce risque augmente avec le temps et persiste au moins 35 ans (**).
- Le risque de pathologies cardiovasculaires chez des femmes d'âge moyen ayant eu un DG est multiplié par 2 (***)



*P. Fontaine et al. 1. Prévention du diabète de type 2 chez les femmes ayant présenté un diabète gestationnel : Étude DIAGEST 3 : données démographiques et adhésion au programme - 10/04/13 Doi : 10.1016/S1262-3636(13)71706-3

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

***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

2/ Risques portant sur la grossesse, le fœtus et l'enfant :

- Le diabète gestationnel est associé à un risque accru d'hypertension artérielle gravidique.
- Le diabète gestationnel apparaît classiquement en deuxième partie de grossesse (période d'insulinorésistance « physiologique ») et n'entraîne donc pas de risque de malformations fœtales car la glycémie est normale au moment de l'organogénèse. Il est néanmoins associé à un risque modérément accru d'issues périnatales indésirables.
- On retrouve ainsi un risque majoré de prématurité, de détresse respiratoire, de traumatismes à la naissance, d'hypoglycémie néonatale. Ces complications sont plus fréquentes en cas de macrosomie, qui est le reflet d'un diabète maternel mal contrôlé (*; **).
- A plus long terme, il est également retrouvé un risque accru, pour ces enfants, de développer une obésité infantile ainsi que des complications métaboliques (***)

* Murray SR et al. Short- and long-term outcomes of gestational diabetes and its treatment on fetal development. Prenat Diagn. 2020 Aug;40(9):1085-1091. doi: 10.1002/pd.5768. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32946125.

** Ye W et al. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes : systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022 May 25; 377: e067946. doi: 10.1136/bmj-2021-067946. PMID: 35613728; PMCID: PMC9131781.

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