



## Surveillance clinique, obstétricale et diabétologique de la patiente présentant un diabète gestationnel

### Fiche professionnels

Selon recommandations CNGOF 2010 et HAS Mai 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

## SURVEILLANCE PENDANT LA GROSSESSE

### PAR QUI ?

Selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par **une sage-femme ou un médecin** (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) et **l'avis d'un gynécologue obstétricien est nécessaire.**

### Suivi diabétologique :

**Professionnels de santé formés et suivi à adapter aux ressources locales**

#### TEMPS ①

- Mise en place de Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD)
- Mise en place d'une Auto Surveillance Glycémique (ASG) : tenue d'un carnet de surveillance papier ou numérique
- Suivi glycémique 4 à 6 fois/ j : à jeun + 2h après début repas +/- avant les repas

#### TEMPS ① + 7 à 10 jours

Sur la base d'une autosurveillance glycémique systématique réalisée 4 à 6 fois par jour (à jeun, pré-prandiale et H2 post-prandiale) : évaluation de l'atteinte des objectifs glycémiques de GAJ < 0.95 g/l et GPP < 1.20 g/l.

**Equilibre glycémique OK** (+ de 80 % des glycémies à jeun et + de 80 % des glycémies en post prandial sont dans l'objectif) → maintien MHD et ASG et suivi par les professionnels

**Dans les autres cas, équilibre glycémique non atteint** → renforcement de la prise en charge diététique et avis auprès du médecin endocrinologue-diabétologue pour discussion de la prescription de l'insulinothérapie

### QUELQUES REPÈRES ET INFORMATIONS

- Des GAJ régulièrement supérieures à 0.95 feront discuter l'insulinothérapie par insuline basale
- Des glycémies 2h après repas supérieures à 1.2 malgré des MHD bien conduites feront discuter l'insulinothérapie par insuline rapide avant le ou les repas
- Les antidiabétiques oraux n'ont pas l'AMM pendant la grossesse et ne sont donc pas recommandés

## Suivi en éducation thérapeutique :

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est un des piliers de la prise en charge du diabète gestationnel.

Vous cherchez une prestation d'ETP de groupe dans votre secteur, allez sur le site [monetp.fr](http://monetp.fr)  
Accueil - Trouvez un programme d'Éducation Thérapeutique près de chez vous 

## Suivi obstétrical :

### POINTS IMPORTANTS

- **DG simple** (bien équilibré, par régime seul ou sous traitement insulinaire, sans facteurs de risques et sans macrosomie) => suivi obstétrical habituel + pas d'indication à un déclenchement en l'absence de macrosomie
- **DG + facteurs de risque surajoutés** (obésité, mauvais équilibre glycémique et/ou mauvaise prise en charge, hypertension artérielle chronique, retentissement fœtal) => surveillance accrue à la recherche d'une prééclampsie + déclenchement autour de 39 SA

## MODALITÉS PRATIQUES

### CLINIQUE

- **Examen clinique habituel** : hauteur utérine, poids, TA, œdèmes
- **Suivi biologique habituel** : bandelette urinaire mensuelle à la recherche d'une protéinurie

### ÉCHOGRAPHIQUE

- **Biométrie fœtale (12-22-32 Semaines d'Aménorrhées)**
  - Si complication à type de prééclampsie, macrosomie ou hydramnios ou si équilibre glycémique non atteint
    - ➔ Ajout suivi échographie de croissance 36-37 SA et enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) selon avis du gynéco-obstétricien, surveillance de la Tension Artérielle
    - ➔ Une hospitalisation de fin de grossesse peut être envisagée si déséquilibre glycémique important
      - Si menace d'accouchement prématuré
    - ➔ Et si maturation pulmonaire par corticoïdes : autosurveillance glycémique stricte +/- insuline (patiente le plus souvent hospitalisée)

## AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT : consultation au 8<sup>ème</sup> mois dans la maternité prévue pour l'accouchement

- **Accouchement dans maternité de tout type sauf si pathologie maternelle ou foetale ou DG très déséquilibré, orienter vers une maternité de type 2 ou 3 selon les cas**
- **DG équilibré (avec ou sans insuline) sans retentissement fœtal** : pas d'indication de Déclenchement Artificiel du Travail (DAT)
- **DG mal équilibré et/ou retentissement fœtal** : déclenchement autour de 39 SA à discuter selon conditions obstétricales / degré suspicion macrosomie

Si le poids fœtal est estimé supérieur à **4250g ou 4500g**, une césarienne est recommandée. Sinon prise en charge habituelle au moment de l'accouchement (penser à la dystocie des épaules).

## POST PARTUM

Arrêt de l'insuline (le cas échéant), maintien de la réalisation d'ASG sur 24 à 48h ou pas, selon les maternités.

**Attention**

**Il faut rechercher une anomalie métabolique persistante !**

A la sortie de la maternité, remise d'une prescription pour HGPO 75 g glucose à T0 et T2h (seuils) à réaliser à 3 mois post accouchement.

**La glycémie est normale si elle est inférieure à 1.1 g/l à T0 et à 1.4 g/l à T2h**

Glycémie à jeun	< 1.1 g	1.10 à 1.25 g Hyperglycémie modérée à jeun	> 1.25 g
HGPO 75g T2h	< 1.40 g	1.40 à 2 g Intolérance au glucose	> 2 g
	Normal	Prédiabète	Diabète

### INFORMATIONS DE LA PATIENTE

#### 1) Contraception :

Le DG n'est pas une contraindication à la prescription d'une contraception oestroprogestative. Cette option sera à évaluer en fonction des autres facteurs de risque. En cas d'obésité, d'HTA ou de dyslipidémie, préférer une autre méthode contraceptive.

#### 2) Surveillance glycémique :

- Glycémie à jeun en consultation post-natale
- Avant nouvelle grossesse
- En cas de nouvelle grossesse : dépistage du DG
- Tous les 1 à 3 ans pendant  $\geq 25$  ans (selon les facteurs de risque)



#### 3) Maintien des mesures hygiéno-diététiques pour prévenir la survenue du diabète de type 2 et la prévention du risque cardio-vasculaire :

- Activité physique régulière 30-60 min/j - 3 à 5 fois/sem
- Alimentation équilibrée
- Arrêt du tabac

#### 4) Pour l'enfant, en prévention de l'obésité infantile :

- Surveillance pondérale + activité physique régulière