



## **Diabète et grossesse**

### **A) DIABETE GESTATIONNEL (DG)**

#### **1. Définition**

Trouble de l'équilibre glycémique survenant ou diagnostiqué dans le décours de la grossesse, le plus souvent au début du troisième trimestre et responsable de complications fœto-maternelles.

Il concerne, tout diabète compris, 7.8 % (CEpiP Wallonie 2014) à 9.3% (CEpiP Bxl 2014) des femmes enceintes dans notre pays et est le plus souvent asymptomatique. Les risques liés au DG sont corrélés à la sévérité de l'hyperglycémie et une prise en charge adaptée permet de réduire les complications fœto-maternelles.

#### **2. Complications liées au DG**

- Macrosomie : augmente les traumatismes obstétricaux (plexus brachial - lésions de la filière pelvi-génitale) et le risque d'hémorragie du postpartum
- Prématurité liée aux risques maternels ou à un polyhydramnios
- Néonatales : hypoglycémie, hyperbilirubinémie, hypocalcémie, polycythémie, détresse respiratoire (immaturité pulmonaire par retard de synthèse du surfactant) et cardiomyopathie
- Maternelles : HTA gravidique, prééclampsie
- Long-terme : perturbations métaboliques : intolérance glucidique, obésité, HTA.

#### **3. Stratégie de dépistage :**

- Glycémie à jeun à la première consultation : seuil = 92 mg/dL
  - Si glycémie entre 92 g/l et 125 mg/dL : à considérer comme DG
  - Si glycémie  $\geq$  126 mg / dL : considérer comme diabète prégestationnel
  - Si glycémie <92 mg / dL : faire HGPO 75 gr à jeun entre 24 et 28 SA

- Chez TOUTES les patientes (sauf si diabète connu) et par méthode ONE-STEP (HGPO 75 gr) (recommandations FIGO 2015 en accord avec WHO, IADPSG)

Valeurs seuils :

T0 : 92 mg / dL  
T1h: 180 mg / dL  
T2h: 153 mg / dL

- DG si une valeur pathologique

NB : à considérer comme diabète prégestationnel si

- glycémie à jeun  $\geq 126$  mg/dL
- glycémie T2h  $\geq 200$  mg / dl
- glycémie  $\geq 200$  mg/dL et symptômes cliniques

Rem :

- Importance d'un dépistage précoce avec en cas de consultation préconceptionnelle, un dosage de la glycémie à jeun pour dépister le diabète prégestationnel.
- Hb A1C indispensable pour obtenir une convention mutuelliste.
- Si By Pass ou Gastric Sleeve, ne pas faire HGPO mais une surveillance des glycémies capillaires.
- Refaire HGPO 75 gr si apparition tardive de signes évocateurs de DG au 3ème trimestre (hydramnios, macrosomie).

#### 4. Prise en charge

- Autosurveillance glycémique (en moyenne 4 x / jour)  
Objectifs : glycémie à jeun  $< 95$  mg / dL  
glycémie 1 h postprandiale  $< 140$  mg/ dL  
glycémie 2 h postprandiale  $< 120$  mg / dL
- Régime : normalisation des glycémies dans 80 % des cas ; le régime sera légèrement hypocalorique en cas d'obésité (ne pas descendre en dessous de 1600-1800 kcal/jour)
- Activité physique régulière en l'absence de contre-indication obstétricale
- L'insuline sera instaurée dans 10 à 20 % des cas si objectifs glycémiques non atteints après 7 à 10 jours de régime seul
- Les antidiabétiques oraux sont autorisés au deuxième et troisième trimestre (privilégier la metformine au glyburide) mais l'insuline reste le traitement de premier choix en Belgique.

#### 5. Surveillance

- Si normoglycémie : surveillance habituelle
- Si DG mal équilibré ou insuline ou autre facteur de risque (HTA par exemple) : surveillance fœto-maternelle accrue dès 32 SA (consultation prénatale avec TA et protéinurie, échographie-doppler fœtale, CTG 1 à 2 x / sem.)
- Si cure de corticoïdes: glycémies capillaires pendant 3 à 4 jours et adaptation du traitement si nécessaire ou pompe à insuline 48h

## 6. Accouchement :

### ➤ Déclenchement :

- Si normoglycémie avec régime seul : pas de déclenchement (sauf raison autre DG) avant 40 SA.
- Si DG mal équilibré ou si insuline : déclenchement vers 38 SA (max 39 SA si normoglycémie avec insuline)

### ➤ Accouchement :

- Si insuline : stop insuline la veille au soir de l'induction, glycémies capillaires 1 x/h (cf diabète prégestationnel sous insuline) ou pompe à insuline.
- césarienne d'emblée si EPF  $\geq$  4500 gr.
- antibiothérapie prophylactique si césarienne vu le risque infectieux majoré
- augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance si hydramnios ou macrosomie.

## 7. Postpartum

- Si DG sous régime, stop glycémies capillaires
- Si insuline, stop insuline après accouchement et surveillance des glycémies pendant 48h
- RDV diabétologie 6 à 12 semaines après l'accouchement
- Pas de CI à une contraception hormonale oestroprogestative ou progestative.
- Si obésité, HTA ou dyslipidémie, oestroprogestatifs contre-indiqués.

Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est élevé (30 à 80 %) ainsi que le risque de développer un diabète vrai dans les 5 à 10 ans

## B) DIABETE PREGESTATIONNEL

### 1. Diabète de type 1

#### a) Risques spécifiques

- Malformations congénitales
- FC précoce
- Aggravation d'une rétinopathie proliférative
- Risque accru de prééclampsie, de RCIU, de MFIU si atteinte vasculaire

#### b) Visite pré-conceptionnelle

- Importance de la visite préconceptionnelle et de la programmation des grossesses (Objectif Hb A1c < 6.5 % pour éviter le risque malformatif)
- Prescription d'acide folique (4 mg, surtout chez les patientes obèses qui sont plus à risque d'être carencées)

- Evaluation et prise en charge des complications
    - Fond d'œil en préconceptionnel à la recherche d'une rétinopathie
    - HTA : arrêt des inhibiteurs de enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) et des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 (ARA)
    - Néphropathie : créatinine sérique, rapport albuminurie/ créatininurie
  - Prise en charge multidisciplinaire (diététicien, diabétologue, obstétricien)
- c) Surveillance de la grossesse
- Echographie T1 de référence
  - Echographie pré-morphologique (16-19 sa) : organes cibles : cœur, reins, squelette.
  - Echographie morphologique (22 sa) : organes cibles : cœur, reins, squelette.
  - **A** partir de 25 – 26 SA, surveillance écho 1 x / mois si glycémie ok ou tous les 15 jours si diabète mal équilibré ou anomalie à l'écho
  - RCF systématiquement à partir de 32 SA –2 x / sem
  - RCF plus tôt si facteur de risque (RCIU, antécédents obstétricaux, diabète mal équilibré, HTA, néphropathie)
  - Contrôle de la croissance fœtale vers 36-37 SA
  - Surveillance hebdomadaire de la TA et protéinurie à partir de 32 SA
  - Hb A1C ou fructosamine 1x / mois
  - FO au premier et troisième trimestre
  - RUSUCU 1 X / mois
  - Si diabète incontrôlable en ambulatoire : hospitalisation
- d) Coma chez une diabétique :
- Glycémie capillaire en urgence
  - Le plus souvent, il s'agit d'une hypoglycémie ; faire une ampoule de G 30 % en IV puis une ampoule de glucagon en IM ou SC.
  - En cas d'hyperglycémie, risque d'acidocétose : hospitalisation au MIC et augmentation des doses d'insuline avec le diabétologue et recherche d'une infection.
- e) Déclenchement
- Si glycémie ok : induction vers 38 SA en fonction des conditions cervicales
  - Si mauvais contrôle glycémique ou si complications ou si chute des besoins en insuline > 30% : induction en fonction de la balance bénéfices-risques.
  - Si PFE > 4250 gr (4000 gr pour FIGO) ou si rétinopathie proliférative sévère (risque d'hémorragie): césarienne d'emblée
- f) Accouchement
- Travail = risque d'hypoglycémie avec forte diminution des besoins en insuline
  - En cas d'accouchement par voie basse :
    - stop insuline si travail spontané
    - si induction : insuline le soir à dose habituelle (ou ½ dose )et glycémie le matin à 6 h 00
    - Glycémie 1x / H pendant toute la durée du travail

- Au départ, pour toutes les patientes, perfusion avec LP 1000 ml
  - Si glycémie < 1.0 g/ L : remplacer le LP par 1000 ml de Glucosé 5 % à x ml/ h (x correspondant au poids de la patiente ) à conserver jusqu'à l'accouchement
  - La glycémie doit être maintenue entre 80 et 150 mg / dL
    - Schéma insuline – Actrapid en sous-cutané  
ou
    - Pompe à insuline
- Si césarienne programmée diminuer de ½ la dose d'insuline la veille au soir et programmer la césarienne le plus tôt possible
- Appel systématique du pédiatre qui doit être prévenu de la future naissance de l'enfant
- g) Postpartum
- Encourager l'allaitement maternel (diminution du risque d'obésité chez l'enfant)
  - Diviser par deux les doses d'insuline après la délivrance
  - Surveillance des glycémies capillaires 6 fois / jour et adaptation du traitement ; avis diabéto si nécessaire

## 2. Diabète type 2

### a) Généralités :

- Prévalence en augmentation dans la population jeune
- Parfois méconnu jusqu'à la grossesse
- Grossesse souvent non programmée et donc sans bilan préconceptionnel
- Risque malformatif identique à celui du diabète type 1
- Souvent associé à l'obésité qui est un facteur de risque d'anomalies de fermeture du tube neural et de complications gravidiques telles HTA, prééclampsie

### b) Prise en charge :

- autosurveillance glycémique
- régime prenant en compte le BMI
- exercice
- antidiabétiques oraux (**ADO**)/ insuline

### c) Pas de consensus sur le traitement

- Canadian diabète association : continuer les ADO metformine ou glyburide jusqu'à instauration de l'insulinothérapie
- CNGOF : stop ADO dès la conception, voire même avant ; parfois régime seul mais le plus souvent passage précoce à l'insuline
- FIGO : ADO autorisés mais meilleur contrôle glycémique avec la metformine que avec le glyburide ; insuline reste le traitement de première ligne si : diabète diagnostiqué < 20 SA, si glycémie à jeun > 110 mg/dl, si glycémie postprandiale à 1h > 140 mg / dl ou si prise de poids > 12 kg

- arguments contre ADO : pas de recul sur les risques à long terme pour les enfants issus de ces grossesses et moins bon contrôle glycémique que l'insuline.

Références :

- The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Gestational Diabetes Mellitus : A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care, 2015
- Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, 2013
- Recommandation pour la pratique clinique, le Diabète Gestationnel, CNGOF, 2010

*Protocole élaboré par le groupe périnat du GGOLFB : Sophie Alexander, Patricia Barlow, Pierre Bernard (directeur), Gilles Ceysens, Maïté Delfosse, Patrick Emonts, Philippe Jadin, Clotilde Lamy, Delphine Leroy, Philippe Petit, Christine Van Linthout, Louise Watkins-Masters, 2017*