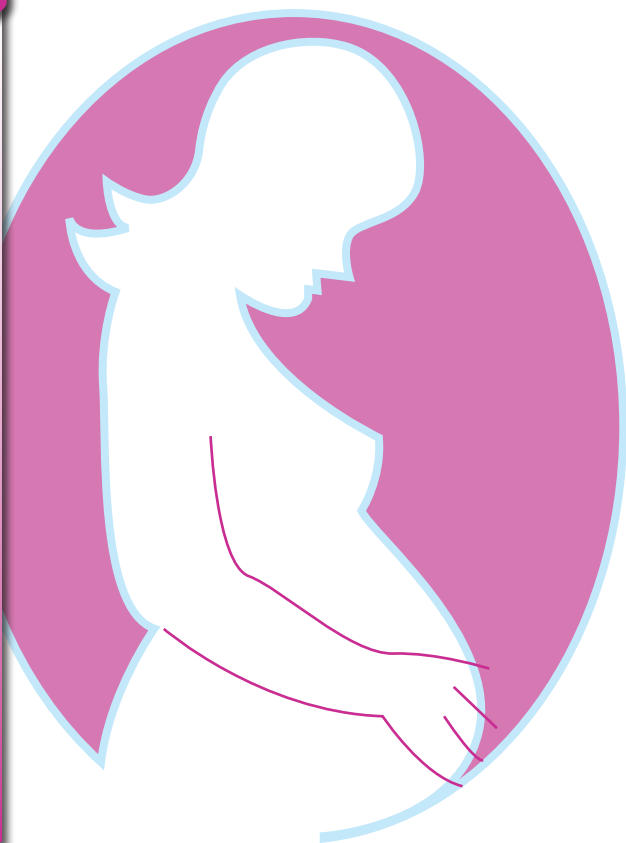


LE DIABÈTE GESTATIONNEL



PREFACE

Cher lecteur, chère lectrice

Ce document est un guide de synthèse conçu pour servir d'outil au personnel de santé dans le dépistage, le diagnostic adéquat, ainsi que les orientations de prise en charge du diabète gestationnel.

Les algorithmes utilisés dans cet ouvrage sont des recommandations de l'International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) et respectent les normes internationales.

Nous remercions le ministère de la Santé et ses experts, la World Diabetes Foundation(WDF), l'University of Newcastle, pour leur participation au dépistage et à la prévention du diabète gestationnel au Cameroun.

Dr. Eugène Sobngwi

Supervision : Pr. Jean- Claude Mbanya

Auteur : Dr. Eugène Sobngwi

Co-auteurs : Dr. Joelle Sobngwi ; Dr. Serge Limen ;

Dr. Jean-Louis Nguewa

SOMMAIRE

1- DEFINITION DU DIABETE GESTATIONNEL

Le diabète gestationnel (DG) est un trouble de la tolérance au glucose survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement.

2- PREVALENCE

La prévalence du diabète gestationnel est très variable selon la population étudiée. Au Cameroun elle varie de 5 à 17% selon une étude réalisée en 2009, soit jusqu'à une femme enceinte sur six.

3- QUELS PROBLEMES LE DIABETE GESTATIONNEL POSE-T-IL ?

(CONSEQUENCES DU DIABETE GESTATIONNEL)

Le diabète gestationnel a des conséquences à court et à long terme chez la mère et chez l'enfant.

3.1 CHEZ L'ENFANT

- à court terme : macrosomie, mort in utero, dystocie des épaules, détresse respiratoire et complications métaboliques néonatales



(hypoglycémie, hypocalcémie et hyperbilirubinémie en particulier)

- à long terme : risque accru d'obésité et de diabète de type 2 en l'absence de prévention

3.2 CHEZ LA MERE

- à court terme : augmentation de la prévalence de l'hypertension en grossesse et des accouchements par césarienne (NB : Le diabète chez la mère n'est pas

en soi une indication de césarienne)

- à moyen et long terme : les femmes ayant eu un diabète gestationnel développent un diabète de type 2 dans 15 à 60% des cas ; d'où la nécessité d'une surveillance 6 semaines après l'accouchement, puis annuelle, et le début précoce des mesures hygiéno-diététiques de prévention.

Dépister et traiter le diabète gestationnel, surveiller à court et à long terme les mères et les enfants permet une prévention précoce et efficace des complications.



4- STRATEGIE DE DEPISTAGE

Le diagnostic du diabète gestationnel requiert la mesure d'une glycémie à jeun et si besoin la réalisation d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) selon l'algorithme en annexe

Le dépistage doit s'adresser à toutes les femmes et pas seulement à celles qui ont des facteurs de risque (antécédent familial de diabète, obésité, âge > 35 ans, antécédents obstétricaux de pré-éclampsie, mort in utero, macrosomie, malformation). En effet, ces facteurs de risque sont absents chez 30 à 40% des femmes ayant un diabète gestationnel.

Le dépistage doit être réalisé entre la 24^e et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée (SA). Si la première consultation prénatale a lieu après la 28^{ème} semaine, il faudra néanmoins procéder au dépistage. Chez les femmes ayant présenté un diabète gestationnel ou un bébé ayant des malformations ou un poids de naissance > 4kg lors d'une précédente

grossesse, le dépistage doit être pratiqué dès la première consultation prénatale, puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-28^{ème} SA.

La stratégie de dépistage proposée au Cameroun est basée sur les recommandations de l'ADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups). Elle comporte 2 étapes:

4.1 ETAPE 1

- Si la glycémie à jeun < 0,80g/l (4,4 mmol/l)

- * Diabète gestationnel improbable

- * Aucune action spécifique à entreprendre



* Continuer le suivi habituel de la grossesse

• Si la glycémie à jeun est comprise entre $0,80\text{g/L}$ ($4,4\text{ mmol/L}$) et $0,92\text{g/L}$ ($5,1\text{ mmol/L}$)

* Il n'est pas possible de conclure à cette étape.

* L'Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) ou tout au moins une glycémie à une 2ème occasion sont nécessaires pour conclure

* Les mesures hygiéno-diététiques doivent être débutées d'emblé

• Si la glycémie à jeun $> 0,92\text{g/L}$ ($5,1\text{ mmol/L}$)

* Débuter le traitement par les mesures hygiéno-diététiques et référer au médecin

* Le médecin jugera de la nécessité ou non du traitement pharmacologique

4.2 ETAPE 2

Cette étape est indiquée si la glycémie à jeun est comprise

entre $0,80\text{g/L}$ ($4,4\text{ mmol/L}$) et $0,92\text{g/L}$ ($5,1\text{ mmol/L}$). Elle repose sur la réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec 75 g de glucose sur 2 heures (selon l'OMS).

Afin d'optimiser la prise en charge, il est souhaitable que le délai entre le dépistage et l'HGPO ne dépasse pas 7 jours .

L'HGPO à 75 g doit être réalisée le matin, chez une femme à jeun, n'ayant pas modifié son alimentation habituelle, au repos pendant la durée du test. Une glycémie à jeun doit être réalisée juste avant le début du test, à 60 min et 120 min après la prise des 75 g de glucose par voie orale. Ces 75 g de glucose correspondent à 250 ml d'une solution glucosée à 30% .

NB :

Le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel ne doivent pas reposer sur la recherche d'une glycosurie (voir algorithme en annexe).

5 MODALITES THERAPEUTIQUES

5.1 PRISE EN CHARGE DIABETOLOGIQUE

Une prise en charge rapide, un traitement précoce, efficace et une surveillance régulière permettent de réduire significativement les complications du DG.

Le diagnostic de diabète gestationnel doit conduire à :

- des mesures de glycémie le matin à jeun et 2 h après le début des principaux repas (au moins une fois par semaine). C'est sur les valeurs de glycémie qu'une décision de modifications thérapeutiques peut être prise.

- des consultations fréquentes (initialement toutes les semaines jusqu'à normalisation glycémique, puis tous les 15 jours).

- Les objectifs glycémiques sont :

* une glycémie à jeun $< 0,95 \text{ g/l}$

* une glycémie 2h après les repas entre $1,20-1,40 \text{ g/l}$.

* Une hémoglobine glycosylée (HbA1c) $\leq 6,5\%$

Le traitement doit toujours comporter une prescription diététique adaptée à chaque cas après enquête alimentaire, tenant compte du poids pré-gestationnel et de la prise de poids et s'appuyant sur les principes suivants :

- La disponibilité et l'accessibilité de l'alimentation préconisée ;

- l'alimentation comporte 50-60% de glucides, en privilégiant les glucides de faible index glycémique et les fibres ;

- la ration énergétique totale est répartie en trois repas et deux ou trois collations ;

- le niveau énergétique quotidien (calories) dépend de l'objectif pondéral (par exemple, il doit être réduit en cas d'obésité ou lorsque la prise pondérale dépasse $1,8 \text{ kg/mois}$ chez la femme de poids normal).

- L'accent doit être mis sur la réduction de consommation des graisses, des sucres rapides et l'augmentation de

consommation en fibres (légumes).

5.2 LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DOIT ETRE INSTAURE:

- d'emblée si la glycémie à jeun est supérieure à 1,30 g/l (7,2 mmol);
- après une à deux semaines de suivi correct des prescriptions diététiques, confirmé par l'enquête diététique, et si les glycémies à jeun sont > 0,95 g/l et/ou si les glycémies mesurées 2 h après un repas sont > 1,40g/l.
- et surveillé par le personnel médical qualifié pour la prise en charge des patients diabétiques.

NB :

Bien que les études ne montrent pas de risques associés à la prise de Metformine pendant la grossesse, les hypoglycémiantes oraux ne sont pas encore autorisés pour la prise en charge du diabète gestationnel au Cameroun.

La patiente doit recevoir une éducation thérapeutique appropriée au minimum pour les objectifs suivants:

- l'administration d'insuline,
- la surveillance glycémique,
- la reconnaissance et la correction des hypoglycémies.

NB1 :

: L'insulinothérapie doit être interrompue au moment de la délivrance. Dès le début du travail, la glycémie capillaire sera surveillée toutes les heures afin d'ajuster les glycémies si nécessaire.

NB2 :

Une patiente sous insuline doit pouvoir joindre l'équipe médicale 24 h sur 24.

NB3 :

Dans la mesure du possible, le maintien d'une activité physique compatible avec la grossesse doit être encouragé, idéalement au moins trois séances par semaine pendant au moins 30 min. Il peut s'agir de la natation ou de la marche à pied.

5.3 PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE

Modalités de la surveillance

Lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et en l'absence de complications, la surveillance et l'accouchement ne présentent pas de particularité.

Dans les autres cas, la surveillance est directement liée au degré d'équilibre glycémique et à la survenue de complications. La fréquence des explorations sera fonction du degré de gravité évalué par l'ensemble des cliniciens. Si des complications surviennent (HTA, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie), la surveillance sera identique à celle de toute grossesse compliquée.

En cas de mauvais contrôle glycémique ou de suspicion de risque de complications fœtales et maternelles, il est nécessaire de référer la patiente à une équipe spécialisée. Il est vivement conseillé de ne pas dépasser la 40ème SA pour l'accouchement.

Conduite de l'accouchement

Il n'y a pas lieu de modifier les conduites obstétricales si le diabète est bien équilibré et en l'absence de complications.

La césarienne d'emblée pour diabète gestationnel n'est pas justifiée (pas de bénéfice néonatal et augmentation de la morbidité maternelle).

L'accouchement avant terme n'a pas d'indication sauf en cas de complications surajoutées (pré-éclampsie, retard de croissance intra-utérin, anomalies de la vitalité fœtale). Toutefois, il doit avoir lieu au plus tard à la 40ème SA.

En cas de diabète déséquilibré et/ou de retentissement fœtal (macrosomie), la surveillance doit être rapprochée et instituée dans un centre spécialisé.

À terme, le mode d'accouchement est fonction du degré de macrosomie fœtale:

- le choix de la voie d'accouchement dépend de la confrontation fœto-pelvienne ;
- méfiance en cas d'arrêt de progression au détroit moyen ;
- personnel obstétrical senior, équipe d'anesthésie et de pédiatrie sur place.

Anesthésie

Une consultation d'anesthésie doit être réalisée systématiquement au cours du troisième trimestre, surtout si risque de complications. L'anesthésie

péridurale ne présente de particularité ni dans la technique, ni dans les indications.

Prise en charge postnatale

Le nouveau-né



Il n'y a pas lieu de transférer systématiquement les enfants nés de mère diabétique dans une unité de néonatalogie, exception faite des complications liées à une prématurité, à un retard de croissance intra-utérin ou en cas de diabète très mal équilibré chez la mère.

L'alimentation doit être débutée dès la naissance sans délai, au besoin avec de l'eau sucrée.

La surveillance doit être renforcée au minimum pendant les 24 premières heures (risque d'hypoglycémie).

En cas de macrosomie ou devant l'apparition de signes cliniques, il faudra envisager des explorations complémentaires (calcémie, numération globulaire, bilirubine).

La mère

L'allaitement maternel doit être

conseillé. Il contribue au retour à la normale de la tolérance au glucose à distance de l'accouchement.

Une surveillance glycémique doit être maintenue pendant quelques jours pour vérifier le retour à la normale des glycémies. En cas de persistance d'une hyperglycémie, la possibilité d'un diabète pré-gestationnel démasqué par la grossesse doit être évoquée et la prise en charge diabétologique doit être poursuivie ou réinstaurée rapidement.

Trois à six mois après l'accouchement, il est nécessaire de contrôler la tolérance au glucose par une hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose.

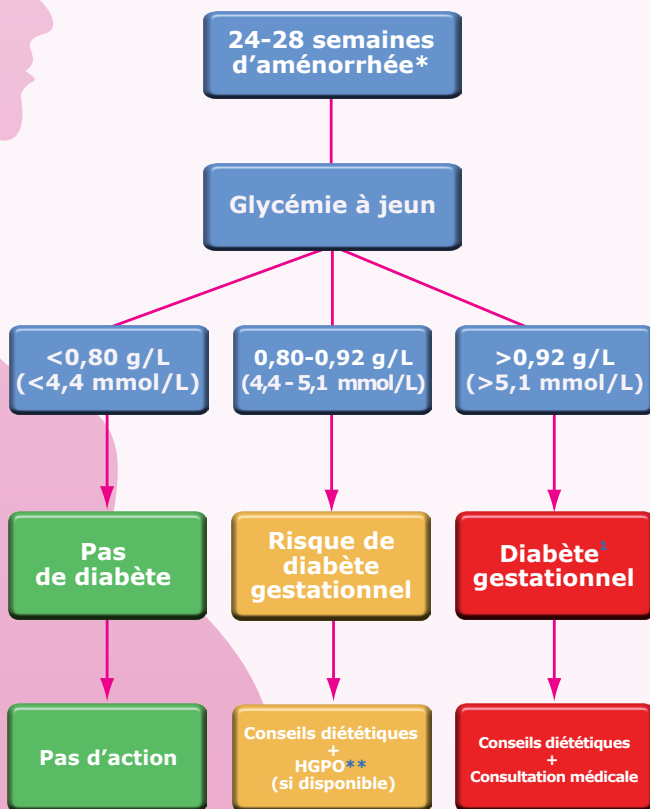
Surveillance à long terme

* Surveillance glycémique annuelle chez la mère, dépistage et traitement précoces en cas de nouvelles grossesses.

* Surveillance régulière des enfants avec éducation nutritionnelle pour la prévention de l'obésité.

* Consultations spécialisées pour la mise en place d'une contraception adaptée et la planification des grossesses ultérieures dans les conditions optimales.

Stratégie de dépistage du diabète gestationnel



* Le dépistage peut être réalisé après la 28^e semaine s'il n'a jamais été fait pendant la grossesse

** HGPO: Hyperglycémie provoquée par voie orale



WORLD DIABETES FOUNDATION

Procédure HGPO (Hyperglycémie provoquée par voie orale) pour le Diagnostic du Diabète Gestationnel*

Etape 1

Glycémie à jeun

>0,92g/L
(>5,1mmol/L)

Oui

**Diabète
gestationnel**

Non

Etape 2

Boire 75 g de glucose dilués
dans 250cc (soit 250 cc de
solution glucosée à 30%)

Etape 3

Glycémie 1 heure
après la prise de glucose

>1,80g/L
(>10,0mmol/L)

Oui

**Diabète
gestationnel**

Non

Etape 4

Glycémie 2 heures
après la prise de glucose

>1,53g/L
(>8,5mmol/L)

Oui

**Diabète
gestationnel**

Non

Pas de diabète gestationnel :
Conseils diététiques



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
MINISTRY OF HEALTH AND FAMILY WELFARE



R S D



Institute of
Health & Society
Newcastle
University



WORLD DIABETES FOUNDATION

Version: Mars 2011

*International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy, Diabetes Care 2010;33:676-682

