

<p>GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE Service de gynécologie Obstétrique Professeur M DOMMERGUES</p>	<p>Auteurs : D. VAUTHIER BROUZES J. NIZARD (GO)</p> <p>S. JACQUEMINET C. CIANGURA A. HARTEMANN (Diabétologues)</p> <p>Date rédaction : Novembre 2010 Date révision : Mars 2015</p>
<p>DIABETE GESTATIONNEL (DG) : DEPISTAGE – PRISE EN CHARGE</p>	

A- DEPISTAGE : COMMENT ET CHEZ QUI ?

- **Pour toutes les patientes** : 24-28 SA, HGPO 75 g glucose (à jeun + 1 heure après + 2 heures après 75 g glucose)
Valeurs normales : à jeun 5.1 mmol/l ou 0.92 g/l
 1 heure 10 mmol/l ou 1.80 g/l
 2 heures 8.5 mmol/l ou 1.53 g/l

1 valeur ≥ seuil = diabète gestationnel

- **Dès la 1^{re} consultation en maternité** : dépistage DIABETE TYPE 2 méconnu par une glycémie à jeun (norme de glycémie ≤ 0.92 g/l)

Si au moins UN FACTEUR parmi les suivants :

- IMC > 30
- Antécédents familiaux au 1^{er} degré de diabète de type 2
- Antécédent personnel diabète gestationnel, MFIU, macrosomie > 4000g

! Une glycémie à jeun normale au 1^{er} trimestre ne dispense pas du dépistage habituel à 24-28 semaines d'aménorrhée !

B- PRISE EN CHARGE DIABETOLOGIQUE: LES CIRCUITS

Travail en collaboration avec le service de diabétologie du Professeur Agnès HARTEMANN

- Ordonnance spécifique HGPO 75g + questionnaire + enveloppe avec adresse des diabétologues (Dr S. Jacqueminet) pour retour des résultats.

Ce questionnaire est le seul moyen pour les diabétologues de repérer les « patientes à risque » afin de leur demander un contrôle à 32 SA (glycémie à jeun, 2 heures post petit déjeuner et 2 heures post déjeuner). Il est donc impératif que ce

questionnaire complété soit envoyé par la patiente ou par son laboratoire accompagné des résultats de l'HGPO à l'intention des diabétologues dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Si un contrôle des glycémies est demandé à 32 SA, la patiente (ou son laboratoire) adresse ensuite uniquement le résultat des 3 glycémies au service de diabétologie.

Pour les patientes dont le suivi est externalisé : même circuit

- Consultation en diabétologie : **Dr S. Jacqueminet – Dr Ciangura et CCA** cf **FAX demande de rdv** de CONSULTATION (FAX : 01 42 17 82 37)
Les patientes seront contactées directement par le service de Diabétologie
- Hospitalisation de jour en diabétologie dédiée à la femme enceinte (lundi)
- **+/- Suivi par mail proposé à l'issue de l'HDJ (échanges mail directes patientes/diabétologues)**
- Cours en maternité par la diététicienne le mardi après midi (16h30 – 17h30)
- Consultation diététicienne en maternité (RDV 777**12** ou 777**13** **ou directement sur AgendaWeb**)

Consultations effectuées en diabétologie

Stratégie thérapeutique choisie et évaluée par les diabétologues qui nous communiquent les résultats en termes d'objectifs glycémiques atteints ou non. Courrier à l'issue de la consultation transmis en règle par la patiente elle-même et compte rendu d'hospitalisation adressé par courrier si passage en HDJ diabète et grossesse.

Courriel mensuel de synthèse transmis en maternité si suivi mail

C- PRISE EN CHARGE DIABETOLOGIQUE: MOYENS THERAPEUTIQUES

- REGIME
- INSULINE

Objectifs : glycémie à jeun et avant repas <0.90 g/l et 2 heures après le début des repas < 1.20 g/l (carnet d'auto surveillance)

D- PRISE en CHARGE OBSTETRICALE :

La stratégie de surveillance obstétricale (moyens mis en œuvre, modalités et objectifs de terme) est à adapter en fonction :

- de l'**équilibre glycémique** obtenu (données fournies par les diabétologues et accessibles en consultant le carnet d'auto surveillance glycémique de la patiente)
- du **traitement mis en œuvre** : régime seul ou insuline
- de la **trophicité fœtale** : données cliniques et échographiques
- du **bien être fœtal** : mouvements actifs et RCF, échographie de vitalité fœtale (liquide amniotique et Doppler ombilical)
- des **co-morbidités maternelles** et du **terme d'introduction de l'insuline** (introduction de l'insuline à un terme précoce de la grossesse = facteur de sévérité)
- de la **compliance** et du **niveau de compréhension** de la patiente

1. AU SUIVI HABITUEL IL FAUT ASSOCIER DANS TOUS LES CAS :

1. Dès le diagnostic: **INFORMATION de la patiente sur les enjeux et risques liés au diabète gestationnel justifiant une prise en charge spécifique de la fin de grossesse et du nouveau-né.**

Nécessité d'une surveillance spécifique et d'une programmation éventuelle de l'accouchement avant terme du fait du risque :

- de MFIU dans les situations de déséquilibre glycémique majeur
- de macrosomie fœtale avec risques traumatiques maternels et fœtaux à l'accouchement

2. Nécessité d'une surveillance échographique de la croissance fœtale avec dans tous les cas :

A 28 SA : évaluation ECHOGRAPHIQUE de la croissance et du bien être fœtal en cas de diagnostic précoce de diabète gestationnel

A 32 SA : ECHOGRAPHIQUE du 3^{ème} trimestre habituelle

A 36-37 SA : évaluation ECHOGRAPHIQUE de la croissance et du bien être fœtal

3. Définition d'un **schéma thérapeutique maternel pour le per et le post partum** (cf protocole « Prise en charge des patientes diabétiques en péri partum » et courrier des diabétologues)
4. Discussion **allaitement**
5. Information sur **surveillance du nouveau-né** (hypoglycémie)

6. Programmation d'une **consultation en diabétologie ou auprès du médecin traitant à 3 mois** de l'accouchement (organisation de cette consultation par les diabétologues eux même).

2. OBJECTIFS de TERME :

39 SA: Diabète gestationnel sous **INSULINE > 20U/jour**
ou
Diabète sous REGIME ou sous « **Insulinothérapie faible dose** » ≤ **20 U/j** avec **MACROSOMIE FŒTALE > 90^{ème} percentile** (sur le périmètre abdominal) **et/ou comorbidité (IMC préconceptionnel > 40kg/m²)**

41 SA : Diabète gestationnel sous REGIME SEUL, OBJECTIFS GLYCEMIQUES ATTEINTS et fœtus EUTROPHE (PA ≤ 90^{ème} percentile)
ou
« **Insulinothérapie faible dose** » ≤ **20 U/j**, OBJECTIFS GLYCEMIQUES ATTEINTS **PAS de comorbidité** et foetus EUTROPHE (PA ≤ 90^{ème} percentile)

3. CIRCUITS de prise en charge en MATERNITE:

Prise en charge dans le circuit de la consultation en Maternité jusqu'à 32 SA puis dans le circuit « explo/Levret » à partir de 34 SA

Pour la surveillance des glycémies se référer au COURRIER d'ORIENTATION des diabétologues : « circuit Explo/Levret » ou « circuit Diabéto »

Si option « Circuit Diabéto » : l'équipe de diabétologie continue à vérifier le carnet d'auto surveillance des glycémies

Si option « Circuit Explo/Levret » : **poursuite de la surveillance glycémique habituelle (6/j) sauf si indication du diabétologue pour une surveillance réduite à 4 fois par jour (à jeun / 2h après début du petit déjeuner / 2 h après début du déjeuner et 2 heures après début du dîner) avec contrôle du carnet d'autosurveillance des glycémies en maternité à partir de 32 SA.**

Définition : « Objectifs glycémiques atteints » : lecture du carnet sur une semaine de surveillance (7 glycémies à jeun et 21 PP, **plus 14 préprandiale** si programme de **6 glycémies par jour**). 1 à 2 glycémies à jeun > 0.90 g/l OU 1 à 5 glycémies 2 heures après début des repas > 1.2 g/l sont tolérées **OU 1 à 3 glycémies avant repas > 0.90g/l**

Si « objectifs glycémiques non atteints » : ≥ 3 glycémies à jeun OU ≥ 6 glycémies 2 heures après début des repas > 1.2 g/l **OU ≥ 4 glycémies avant repas > 0.90g/l** : reprise en charge conjointe avec les

diabétologues. Circuit : patiente à ré-adresser vers la consultation de diabétologie (cf tableau)

Ne pas oublier de contrôler les chiffres de glycémies sur lecteur lui-même !!!

▼▼▼ En cas d'objectifs glycémiques non atteints ou de suspicion clinique ou échographique de retentissement fœtal du diabète, il est souhaitable de rajouter des évaluations intermédiaires du bien être fœtal.

▼▼▼ Lors des consultations en diabétologie si TA élevée, protéinurie à la BU, plainte maternelle particulière ... : la patiente est ré adressée le jour même vers « les explo/Levret » où les urgences de la maternité si après 17h

4. VOIE d'ACCOUCHEMENT : contre indications à l'accouchement par voie basse spécifique au diabète :

- Contre-indication à l'accouchement voie basse, même si travail spontané si EPF > 4 500g
- Contre indication à la maturation cervicale ou au déclenchement si EPF > 4250g

Patiente vue en HDJ de Diabétologie « diabète gestationnel » puis en Cs de Diabétologie

Pas d'obésité massive avant grossesse (IMC < 40)

Pas de macrosomie (PA ≤ 90^{ème} p)

Diabète bien équilibré sous régime seul ou ≤ 20 unités insuline / jour

« Courrier d'Orientation : Circuit Explo/Levret »



→ Surveillance glycémique selon prescription
Glycémie à jeun, préprandiale et 2 h après le début de chaque repas (6/j)
Ou Glycémie à jeun et 2 heures après le début de chaque repas (4/j)
→ Arrêt des Cs Diabéto systématiques
→ Suivi à la maternité tous les 15 jours > 34 SA

Moins de 3 GAJ > 0.90 g/l par semaine

Et

Moins de 6 GPP > 1.20 g/l par semaine

Et

< 4 glycémies avant repas > 0.9g/l par semaine

3 ou plus GAJ > 0.90 g/l par semaine

Ou

≥ 4 Glycémies avant repas > 1.2 g/l par semaine

Ou

6 ou plus GPP > 1.20 g/l par semaine

= Bon équilibre

→ Poursuite de la surveillance à la Maternité circuit Explo / LEVRET

= Mauvais équilibre

→ Réadresser la patiente en Diabétologie

Adresser la patiente à la consultation de Diabétologie directement (le MATIN)

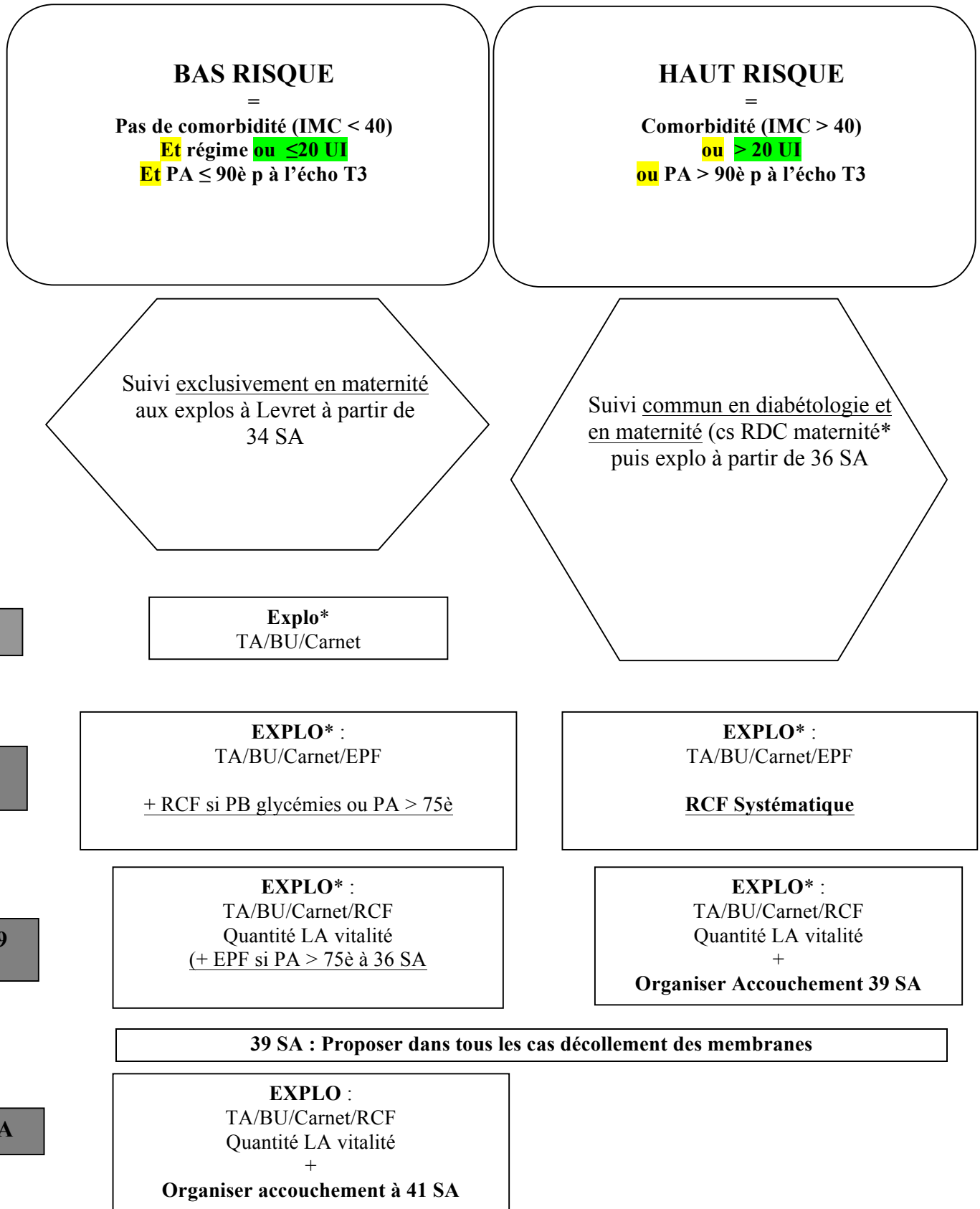
A l'accouchement :

→ Arrêt de la surveillance, du régime et de l'insuline

→ Rappeler à la patiente de consulter son médecin traitant dans 3 mois (le courrier aura été envoyé par la Diabéto).

→ En l'absence de médecin traitant, Cs en Diabétologie 3 mois post partum

→ Remettre l'ordonnance de contrôle biologique à 3 mois (glycémie à jeun et HbA1c)



* = adresser la patiente le jour même en cs diabétologie si glycémies déséquilibrées (> 2 GAJ patho (>0.90) et/ou >5GPP patho (>1.20) ou > 4 glycémies avant le repas pathologiques (> 0.90 g/l)