

Diabète gestationnel

Personnes à qui s'appliquent les recommandations : femmes enceintes sans diabète connu

Personnes à qui sont destinées les recommandations : gynécologues-obstétricien·nes, médecins de famille, diabétologues et autres professionnels de la santé concernés par la prise en charge du diabète gestationnel

Introduction, justificatifs

Le diabète gestationnel (DG) touche entre 7% et 14% des femmes enceintes, selon l'ethnicité et le critère diagnostique. Chez la plupart des femmes, le DG répond à des mesures simples (diététiques, exercice physique). Les conséquences d'un DG peuvent être importantes pour la mère et l'enfant : pré-éclampsie, macrosomie, problèmes respiratoires, hypoglycémie néonatale, risque de développer une obésité et/ou un diabète de type 2 plus tard dans la vie. Une femme ayant eu un DG est également à risque de développer un diabète de type 2 au cours de sa vie.

L'essentiel

Dépistage et diagnostic de diabète gestationnel : dépistage systématique entre la 24^e et 28^e SA.

Glycémie plasmatique veineuse à jeun, puis 1h et 2h après une charge orale de 75g de glucose (HGPO) : diagnostic de DG établi si l'une des limites suivantes est franchie :

- À jeun : ≥ 5.1 mmol/L, OU
- À 1 heure après HGPO : ≥ 10 mmol/L, OU
- À 2 heures après HGPO : ≥ 8.5 mmol/L.

Femmes enceintes avec antécédent de DG ou facteur de risque : si facteur de risque de diabète ou antécédent de DG, dépistage à la première visite prénatale. Si positif, considérer comme un diabète pré-existant, si négatif, nouveau dépistage entre la 24^e et la 28^e SA.

Prise en charge du DG : autosurveillance de la glycémie et objectifs glycémiques

L'autosurveillance devrait être effectuée 4x/j au minimum : à jeun le matin et 1 ou 2h postprandial.

Objectifs glycémiques (capillaire):

- À jeun ≤ 5.3 mmol/l
- À 1h postprandiale ≤ 8.0 mmol/l
- À 2h postprandiales ≤ 7.0 mmol/l

Conseils et éducation thérapeutique à l'autogestion : informer les patientes de l'importance d'un bon contrôle glycémique tout au long de la grossesse, du rôle prépondérant de la nutrition, du poids et de l'exercice physique approprié, et de l'importance d'un suivi après l'accouchement.

Mesures pharmacologiques : si les mesures hygiéno-diététiques sont maximales et que ≥ 2 valeurs de glycémie, au même moment de la journée, sont supérieures aux objectifs, sur une période de 7 à 14 jours (période à raccourcir selon la valeur de la glycémie et l'avancée de la grossesse).

- Insuline en 1^{ère} intention (cf. RPC « [Grossesse et diabète](#) »)
- Metformine en 2^{ème} intention, p. ex. lors de problèmes d'observance avec l'insuline. Informer la patiente de l'usage « off-label » en Suisse, bien que des études sur leur utilisation durant la grossesse suggèrent leur non-dangerosité. Les autres antidiabétiques oraux ne sont pas recommandés.

Accouchement et post-partum :

- Les femmes avec un DG doivent faire l'objet d'une surveillance particulière durant l'accouchement.
- Selon le contrôle métabolique durant la grossesse, les nouveau-nés devraient être alimentés précocement, et faire l'objet d'une *surveillance glycémique*.
- Un dépistage d'un trouble résiduel du métabolisme glucidique (intolérance au glucose ou diabète) devrait être effectué 6 à 8 semaines post-partum, puis tous les 1 à 3 ans selon facteurs de risque existants.

Définition

Le **diabète gestationnel (DG)** est une perturbation du métabolisme du glucose, diagnostiquée pour la 1^{ère} fois en cours de grossesse par dépistage systématique après la 24^e semaine de grossesse avec rétablissement de la glycémie à la norme dans la plupart des cas après l'accouchement (cf. RPC « [Types de diabète : définitions](#) »).

Dépistage et diagnostic de diabète gestationnel

Dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse.

Le **DG** devrait être dépisté en effectuant une glycémie plasmatique veineuse à jeun, puis 1h et 2h après une charge orale de 75g de glucose (HGPO). Le diagnostic de DG est posé si l'une des valeurs suivantes est franchie:

- Glycémie veineuse à jeun ≥ 5.1 mmol/l*, OU
- Une heure après la charge de glucose ≥ 10 mmol/l, OU
- Deux heures après la charge de glucose ≥ 8.5 mmol/l.

*Si la glycémie à jeun est diagnostiquée, il n'est pas nécessaire d'effectuer la charge orale en glucose.

Alternative possible : méthode diagnostique en 2 étapes.

- Faire d'abord la glycémie à jeun
- Faire l'HGPO seulement si la glycémie à jeun est entre 4.4-5.0 mmol/L
 - < 4.4 : peu de risque de DG
 - ≥ 5.1 : DG confirmé

ATTENTION : 21.5% des DG ne sont pas identifiés avec cette méthode

Femmes enceintes avec antécédent de DG ou facteur de risque

Un diabète préexistant (ou un DG précoce) devrait être recherché à la 1^{ère} visite prénatale au moyen d'une glycémie veineuse à jeun ou, pour le diabète préexistant, une HbA1c :

- Si un diabète préexistant est découvert en utilisant les critères standards (cf. RPC « [Diabète, prédiabète : définitions](#) »), la prise en charge doit être celle d'une patiente diabétique ayant une grossesse (cf. RPC « Diabète et grossesse »).
- Si un DG précoce est découvert (glycémie de 5.1 à 6.9 mmol/l), la prise en charge devrait être la même qu'un DG découvert à 24-28 semaines.
- Si cette recherche est négative, un dépistage systématique du DG devrait être effectué comme chez toutes les femmes enceintes à 24-28 semaines.

Facteurs de risque de DG

Selon l'ADA (2017), les facteurs de risque du DG sont les mêmes que ceux de l'intolérance au glucose et du diabète de type 2 en dehors de la grossesse. Ces critères sont également considérés par d'autres sociétés et sont principalement les suivants :

- Surpoids (BMI > 25 kg/m² ou > 23 kg/m² chez les personnes d'origine asiatique) avec au moins un autre facteur de risque ou une obésité (BMI > 30 kg/m²)
- Antécédent de DG ou d'intolérance au glucose
- Antécédent familial de premier degré pour un diabète de type 2
- Ethnie : afro-américaine, hispanique, amérindienne, aborigène
- Syndrome de Stein-Leventhal (ovaires polykystiques)
- Inactivité physique
- Maladie ou facteurs de risque cardiovasculaire

D'autres facteurs de risque spécifiques ont été observés durant la grossesse :

- Prise pondérale gestationnelle excessive
- Apport alimentaire excessif en lipides, en saccharose ou en protéines animales et une consommation insuffisante de fibres
- Un isolement social, un score de dépression élevé au début de la grossesse, une exposition au stress excessive, comme des événements de vie majeurs et un déficit en vitamine D.

Prise en charge du DG : autosurveillance de la glycémie et objectifs glycémiques

Suivi de la glycémie

L'HbA1c ne devrait pas être utilisée pour le suivi du contrôle glycémique **durant les 2^e et 3^e trimestres** de grossesse dans le cas d'un DG.

Une **autosurveillance de la glycémie** capillaire devrait être prescrite 4x/jour au minimum, effectuée à jeun le matin **et 1 h ou 2h** après les 3 repas quotidiens, à augmenter selon les besoins individuels.

Objectifs glycémiques

- Glycémie à jeun ≤ 5.3 mmol/L
- Une heure postprandiale ≤ 8 mmol/L
- Deux heures postprandiales ≤ 7 mmol/L

Conseils et éducation thérapeutique à l'autogestion

Les femmes avec DG devraient être informées

- De l'importance d'être suivies et conseillées durant la grossesse par une équipe interdisciplinaire, comprenant au minimum un diabétologue, une infirmière clinicienne en diabétologie, une diététicienne.
- Qu'un bon contrôle glycémique tout au long de la grossesse réduit le risque de macrosomie fœtale, diminue le risque de pré-éclampsie et de dystocie de l'épaule et pourrait contribuer à diminuer le risque pour leur enfant de développer une obésité et/ou un diabète de type 2 au cours de sa vie.
- Du rôle prépondérant de la nutrition, du poids et de l'exercice physique approprié dans le contrôle glycémique.
- Qu'une alimentation précoce et des contrôles glycémiques seront mis en place chez le nouveau-né pour lui éviter l'hypoglycémie.
- Du caractère indispensable d'un suivi du risque de développer un diabète ultérieurement et de la surveillance recommandée.

[Lien](#) vers la brochure destinée aux patientes de l'Association Suisse du Diabète « Le diabète gestationnel. Prévention pour la mère et l'enfant ! »

Mesures pharmacologiques

Critères pour un traitement

Avec les valeurs cibles actuelles de glycémie, la majorité des patientes avec DG devraient pouvoir être traitées par des mesures hygiéno-diététiques adaptées.

Un traitement doit-être discuté uniquement si au moins 2 valeurs de glycémie, mesurées au même moment de la journée, sur une période de 7 à 14 jours, dépassent ces seuils et si les mesures hygiéno-diététiques sont maximales.

Modalité de traitement

Le traitement du DG se fait par **insuline** (cf. RPC « [Grossesse et diabète](#) », pour le type d'insuline et les modalités de traitement).

Un traitement par **metformine** peut être utile dans certains cas :

- En monothérapie, si les valeurs de glycémie sont limitées ;
- En association, si la patiente doit recevoir d'importantes doses d'insuline pour atteindre ses objectifs glycémiques.

Toutefois, malgré les études récentes (passage placentaire, mais pas d'effet néfastes connus après le 1^{er} trimestre) et son utilisation dans cette indication dans de nombreux pays, l'innocuité de la metformine durant la grossesse n'est pas officiellement reconnue en Suisse (usage off-label). Il faut donc informer la patiente de cette utilisation off-label.

Accouchement et post-partum

Mesures spécifiques à l'accouchement

Toutes les patientes doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. La glycémie maternelle devrait être maintenue entre 4.0 – 7.0 mmol/L pour réduire au minimum le risque d'hypoglycémie néonatale.

Patientes sans traitement d'insuline ou avec traitement de metformine

Aucune mesure particulière recommandée.

Patientes sous traitement d'insuline

- En cas de provocation et jusqu'au début du travail, le traitement est maintenu.
- Si pas de provocation, arrêt de l'insuline et mise en place d'un suivi glycémique.

Soins néonataux et postnataux

Un contrôle glycémique du nouveau-né doit être effectué avant chaque mise au sein jusqu'à 3 valeurs consécutives > 2.5 mmol/L. Si valeur < 2 mmol/L ou persistance de valeurs < 2.5 mmol/L, contacter la ou le pédiatre/néonatalogue.

L'allaitement devrait être favorisé dès la naissance jusqu'à 6 mois ou plus. Première mise au sein dans les 2h après la naissance et ensuite aux 2 à 3h.

Un complément par dextrine-maltose (1x), lait maternel ou lait artificiel peuvent être donnés après chaque mise au sein.

Suivi postpartum des patientes ayant eu un DG

Fréquence du suivi

Un suivi de toutes les patientes ayant eu un DG devrait être effectué **6 à 8 semaines après l'accouchement** par un diabétologue, puis répété tous les **1 à 3 ans** chez son médecin de famille (ou obstétricien·ne), selon les facteurs de risque présents.

Objectifs du suivi

Toutes les femmes avec un antécédent de DG devraient avoir accès à des soins pré-conceptionnels pour assurer nutrition et contrôle glycémique corrects avant la conception, puis durant la grossesse et dans le post-partum

- Dépister un diabète de type 2 ou un prédiabète à la 1^{ère} visite de grossesse puis selon les critères standard (cf. RPC « [Diabète, prédiabète : définitions](#) »).
- Renforcer les mesures préventives sur le mode de vie (nutrition, contrôle du poids, activité physique).

Renforcer l'information sur le risque de récurrence de DG, de survenue d'un diabète de type 2.

Niveau de preuve et force des recommandations

Les recommandations sur le dépistage systématique sont basées sur des études de cohorte et un essai randomisé comparatif, celles sur les modalités de traitement pharmacologique sur des essais randomisés comparatifs, celles sur les mesures d'autocontrôle de la glycémie, d'éducation à l'autogestion et les objectifs glycémiques sont basées sur des études de cohortes. Les autres recommandations sont basées sur des consensus et des avis d'experts.

Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, Medline). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du Programme cantonal Diabète ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

Recommandations sources

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) – USA

- AACE and ACE. Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocrine Practice*. 2015; 21 (suppl.1): 1-87. [Lien](#)

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – USA

- ACOG. Gestational diabetes mellitus. Practice Bulletin no. 180. *Obstetrics and Gynecology*. 2017; 130(1): e17-e37. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Classification and Diagnosis of Diabetes. Section 2. In *Standards of Medical Care in Diabetes 2017*. *Diabetes Care*. 2017; 40 (suppl. 1): S11-S24. [Lien](#)
- ADA. Management of Diabetes in Pregnancy. Section 13. In *Standards of Medical Care in Diabetes 2017*. *Diabetes Care* 2017; 40 (Suppl.1): S114-S119. [Lien](#)

Association canadienne du diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2013; 37 (suppl 5): S361-S598. [Lien](#)

Endocrine Society (ES) – USA

- ES. Diabetes and Pregnancy: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. 2013. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(11):4227-4249. [Lien](#)

International Diabetes Federation (IDF)

- IDF. Pregnancy and diabetes, Global Guideline 2009. [Lien](#).

National Institute for Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE Guideline NG3. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal. 2015 (Updated August 2015). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) – UK

- SIGN. Management of Diabetes. A national clinical guideline. SIGN; 2010. (SIGN publication no. 116). [Lien](#).

Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (SSED) et Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) – Suisse

- Boulvain M, Brändle M, Drack G et al. Dépistage du diabète gestationnel. 2011. [Lien](#)

United States Preventive Services Task Force (USPSTF) – US

- USPSTF. Screening for Gestational Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2014; 160:414-420. [Lien](#)

Autres références

- Rüttschi JR, Jornayvaz FR, Rivest R, et al. Fasting glycemia to simplify screening for gestational diabetes. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2016; 123:2219-2222. [Lien](#)

Groupe ayant mis à jour la RPC : Chantal Arditi, Bernard Burnand, Jardena J. Puder

Experts en gynécologie-obstétrique et en néonatalogie : Matthias Roth-Kleiner, Yvan Vial

Groupe de validation : Angela Cottier, Marc Egli, Frédéric Emery, Rafi Hadid, Isabelle Hagon-Traub, Patricia Halfon, Cristina Henry, Sébastien Jotterand, Heike Labud, Baptiste Pedrazzini, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Juan Ruiz, Anne Zanchi

Date de la recommandation : novembre 2017

Date de la prochaine révision : juin 2020

Toutes les recommandations de pratique clinique du Programme cantonal Diabète sont disponibles sur le site

<http://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations