

HTA – Diabète gestationnel

Diabète gestationnel

Dépistage?

Recommandations pour la
pratique clinique - CNGOF -
Décembre 2010 -

- Augmentation morbidité maternelle et néonatale associée à l'hyperglycémie maternelle (grade B)
- Efficacité démontrée de la prise en charge thérapeutique sur l'incidence des complications (grade A)
- Caractère acceptable des effets adverses du dépistage et de la prise en charge (grade B)

Dépistage: les arguments

- Dépistage recommandé en présence d'au moins un facteur de risque (grade A)
- Pas d'argument pour recommander un dépistage systématique chez toutes les femmes (accord professionnel)

Dépistage

Qui dépister?

- **Age maternel \geq 35 ans**
- **IMC \geq 25**
- **ATCD diabète parents 1^{er} degré**
- **ATCD personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome**

Facteurs de risque

En présence de facteurs de risque:

- Recherche d'un diabète de type 2 méconnu lors de la 1^{ère} consultation prénatale (Grade B): glycémie à jeun
- Si non fait ou si négatif, hyperglycémie provoquée entre 24 et 28 SA (Grade B)

Quand et comment dépister?

Début de grossesse et à renouveler entre 24 et 28 SA si 1^{er} test négatif

- 1^{ère} étape : T1
 - Glycémie à jeun
 - Glycémie < 0,92 g/l (5,1 mmol/l) = Norme
 - Glycémie ≥ 0,92 g/l = Diabète gestationnel
 - Glycémie ≥ 1,26 g/l (7 mmol/l) = Diabète type 2
- 2^{ème} étape : T2 entre 24 et 28 SA :
 - HGPO 75 g glucose : glycémie à jeun, à 1 heure et à 2 heures - Valeurs normales :
 - Gly à jeun < 0,92 g/l
 - Gly à 1 heure < 1,80 g/l (10 mmol/l)
 - Gly à 2 heures < 1,53 g/l (8,5 mmol/l)
 - 1 seule valeur anormale sur les 3 → Diabète gestationnel

Quand et Comment dépister?

Recommandations pour la
pratique clinique - CNGOF -
Décembre 2010 -

- Auto surveillance glycémique
- Consignes diététiques
- Exercice physique: activité physique 30 mn, 3 à 5 fois par semaine (Grade C)
- Insulinothérapie si les objectifs ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (Grade A)
- Suivi coordonné : endocrinologue et obstétricien

Prise en charge du Diabète gestationnel

HTA et Grossesse

- HTA chronique : 2 à 4% des femmes
- HTA gravidique: 4 à 8% des grossesses
[> 20 SA]

HTA si TA \geq 140/90 mmHg

**HTA + grossesse
= grossesse à risque**

- **Prééclampsie** (maladie placentaire)
 - HTA + protéinurie > 300 mg/24 heures
- **Signes complications d'une prééclampsie**
 - Maux de tête constants et inhabituels, troubles visuels, douleurs hépatiques, nausées, vomissements sévères, douleurs thoraciques, dyspnée
 - Hypotrophie fœtale à l'échographie

HTA sévère $\geq 160/110$ mmHg

- **Complications graves de la prééclampsie**
 - AVC hémorragique (principale cause de décès)
 - HELLP syndrome: hémolyse, élévation des transaminases et thrombopénie
 - Hématomes rétroplacentaires, oedèmes pulmonaires, insuffisance rénale aiguë, insuffisance hépatique
- **Eclampsie**: HTA sévère et convulsions

- Repos et limitation des efforts physiques
- Le traitement médicamenteux
 - Réduction du risque de survenue d'HTA sévère
 - Absence de preuve de réduction de prééclampsie ni de complications
- Après l'accouchement
 - Surveillance TA
 - Normalisation TA > 6 semaines

Prise en charge d'une HTA gravidique