



**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**  
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES

Département de Gynécologie Obstétrique et Reproduction Humaine

Professeur P. POULAIN

oooo

CREATION	PROTOCOLE GROSSESSES A RISQUES	MISE A JOUR
1993	<b>DIABETE GESTATIONNEL cngof 2010</b>	Mars 2015

### DIAGNOSTIC ou DEPISTAGE

- **Qui dépister : uniquement sur facteur de risque**
  - Age > 35 ans
  - IMC  $\geq$  25
  - Antécédent familial de diabète au 1<sup>er</sup> degré
  - Antécédent personnel de diabète gestationnel
  - Pds de naissance d'un enfant > 90<sup>ème</sup> P
  - Sur signe d'appel pdt la grossesse (macrosomie, hydramnios ....)
- **Quand dépister :**
  - Dès la première Cs à la fin du 1<sup>er</sup> trim par GLYCEMIE A JEUN  $\geq$  0.92 G / L (glycémie veineuse au laboratoire)
  - Entre 24- 28 SA par HGPO
  - HGPO 75g T0  $\geq$  5.1 mmol/l ( 0.92g/l) T1  $\geq$  10 (1.8) T2  $\geq$  8.5 (1.53)

### CONDUITES

**Test normal** et évolution normale: RAS

**Anormal = CONDUITE DIABETE GESTATIONNEL**  
**1 chiffre patho = RDV au SAG le mercredi matin (65896)**

1) **Diététique** en fonction de l'enquête alimentaire (minimum de 45% de glucides « lents »).

2) Mise en route de l'auto surveillance 6 fois par jour pdt 10 jours

3) **équilibre optimal:** glycémies à jeun et pp (2h après le début du repas) /10 jours

**2017 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière obstétricale**

Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

4) **RDV systématique** 10-15 jours après avec le prescripteur

**À jeun < 5,3 mmole/l (0,95 g/l); pp < 6,7 mmole/l (1,2 g/l)**

- en cas de mauvais résultats, vérifier diététique et contrôler les glycémies à 1 semaine.
- insulinothérapie après avis endocrino si pas d'équilibre en 10-15j

**DIABETE GESTATIONNEL EQUILIBRE PAR LE REGIME = BAS RISQUE**

- Poursuite de l'auto surveillance 4 fois par jour jusqu'à l'accouchement
- Rdv en consultation tous les mois
- Pas d'échographie supplémentaire sans point d'appel clinique
- Pas d'écho cœur fœtal systématique
- TERME ATTEINT A 41SA + 1

**DIABETE GESTATIONNEL SOUS INSULINE = HAUT RISQUE**

- Auto surveillance 6 fois par jour
- Suivi tous les 15 jours à 28 SA et 1 fois par sem à partir de 32 SA en hôpital de jour
- Si MAP : corticoïdes autorisés, tocolyse par inhibiteurs calciques ou atosiban
- Envisager naissance à partir de 39 SA (césarienne itérative si EPF > 4250g ou 4500g)