

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DIABÉTOLOGIE — PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-DIA-GROSS · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

DIABÈTE & GROSSESSE — conduite à tenir

Objet

Dépister et prendre en charge le diabète gestationnel (DG) et le diabète pré-gestationnel, pour réduire les complications maternelles et fœtales (macrosomie, malformations, MFIU).

CAT diagnostique

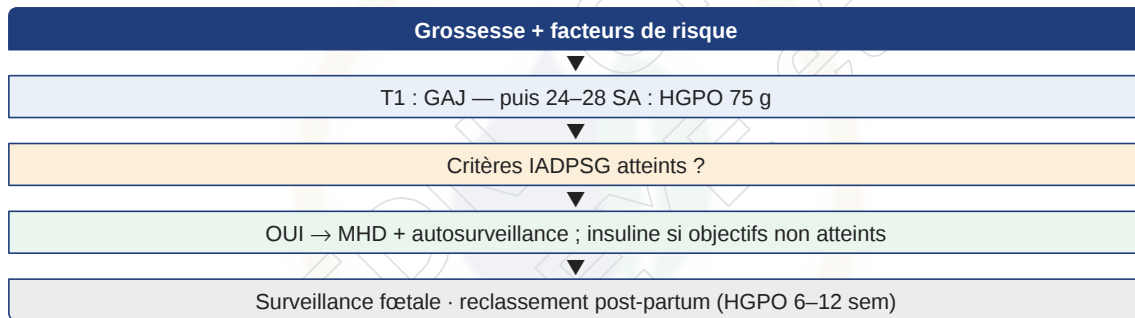
1. Signes cliniques / circonstances

- **Dépistage ciblé** sur facteurs de risque : âge ≥ 35 ans, surpoids/obésité, ATCD de DG ou de macrosomie, ATCD familiaux de diabète, SOPK, prise pondérale excessive.
- **Diabète pré-gestationnel** (DT1/DT2 connu ou méconnu) : à distinguer du DG vrai (apparu en cours de grossesse).
- Souvent asymptomatique → dépistage biologique systématique chez la femme à risque ; signes d'appel (macrosomie, hydramnios à l'échographie).

2. Signes paracliniques

- **Au 1er trimestre** (femme à risque) : **GAJ** — si $\geq 1,26$ g/L = diabète préexistant ; $\text{GAJ} \geq 0,92$ g/L = DG précoce.
- **24–28 SA : HGPO 75 g** — DG si **GAJ $\geq 0,92$ g/L (5,1 mmol/L), 1 h $\geq 1,80$ g/L (10,0), ou 2 h $\geq 1,53$ g/L (8,5)** (une seule valeur suffit).
- Surveillance fœtale : échographies (croissance, liquide), évaluation du bien-être fœtal en fin de grossesse.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Mesures hygiéno-diététiques** (alimentation fractionnée, activité adaptée) + **autosurveillance glycémique** (à jeun et post-prandiale).
- **Objectifs** : $\text{GAJ} < 0,95$ g/L ; post-prandial à 1 h $< 1,40$ g/L ou à 2 h $< 1,20$ g/L.
- **Insuline** si objectifs non atteints sous diététique (traitement de référence ; schéma adapté, besoins croissants) ; la metformine est une option selon les recommandations locales.
- **Diabète pré-gestationnel** : programmation de la grossesse, optimisation de l'HbA1c avant conception, **acide folique**, arrêt des médicaments tératogènes (IEC/ARA2, statines), insulinothérapie intensifiée, dépistage et suivi des complications (fond d'œil).
- **Accouchement** : surveillance obstétricale ; césarienne selon le poids fœtal estimé et le contexte ; contrôle glycémique péri-partum.

Surveillance

- Autosurveillance pluriquotidienne ; surveillance fœtale (croissance, liquide) ; HTA/pré-éclampsie.
- **Post-partum** : glycémie du nouveau-né (hypoglycémie néonatale) ; **reclassement maternel à 6–12 semaines (HGPO 75 g)** puis dépistage régulier (risque élevé de DT2).

Points de vigilance

- Le DG expose à un risque élevé de DT2 ultérieur → dépistage à vie ; contraception adaptée.
- Diabète pré-gestationnel non programmé : risque malformatif majeur si HbA1c élevée en péri-conception.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Dépistage par GAJ au laboratoire largement accessible ; HGPO 75 g pour les cas ciblés.
- Insuline humaine utilisable ; éducation nutritionnelle et autosurveillance prioritaires.
- Organiser le suivi conjoint diabétologie–obstétrique et le **reclassement post-partum** (souvent oublié) ; sensibiliser à la programmation des grossesses chez les diabétiques connues.