

# Diabète gestationnel

Justine Gross<sup>a</sup>, diététicienne; Magali Andrey<sup>a</sup>, diététicienne dipl. ES; Olivier le Dizès<sup>a</sup>, infirmier clinicien; Dr méd. Andrea Orecchio<sup>a</sup>; Dr méd. Chiara Ferrario<sup>a</sup>; Prof. Dr méd. Yvan Vial<sup>b</sup>; Prof. Dr méd. Jardena J. Puder<sup>a,c</sup>

CHUV, Lausanne,

<sup>a</sup> Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Métabolisme

<sup>b</sup> Département Femme-Mère-Enfant

<sup>c</sup> Division d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique



Cet article présente les recommandations concernant le dépistage du diabète gestationnel, ses facteurs de risque, les options thérapeutiques, la prise en charge en postpartum ainsi que son impact sur la santé de la mère et de l'enfant.

## Introduction

Le diabète gestationnel (DG) est une hyperglycémie diagnostiquée pour la première fois durant la grossesse qui ne remplit pas les critères d'un diabète [1, 2]. Néanmoins, le DG est étroitement associé au diabète de type 2, car ils partagent de nombreux facteurs physiopathologiques, essentiellement caractérisés par une résistance à l'insuline. Pendant la grossesse, cette résistance à l'insuline est principalement due à la production d'hormones placentaires antagonistes à l'insuline. Le DG est une des complications la plus fréquentes de la grossesse et elle est asymptomatique. En Suisse, sa prévalence est autour de 10% [3]. L'augmentation de la proportion de femmes obèses et/ou physiquement inactives en âge de procréer, l'âge moyen des femmes enceintes ainsi que les nouveaux critères diagnostiques expliquent en partie ce taux élevé.

## Critères diagnostiques pour un diabète gestationnel

Initialement, les critères diagnostiques étaient choisis pour identifier les femmes à plus haut risque d'un futur développement d'un diabète. Basé sur une cohorte incluant plus que 20 000 femmes enceintes («Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome» [HAPO]), les critères ont été adaptés pour identifier les seuils de glycémies liés à l'augmentation du poids de naissance, de la valeur du C-peptide dans le cordon, du taux de césarienne, de pré-éclampsie et de prématurité. Les seuils ont été définis par une augmentation de 75% du risque (OR 1,75), à savoir que les relations entre glycémies et la plupart des risques sont continues. Ces critères ont été propagés au niveau international et beaucoup de pays les ont acceptés. Un dépistage universel en utilisant un test d'hyperglycémie provoquée

orale (HGPO) avec 75 g de glucose entre la 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée est recommandé par plusieurs sociétés savantes internationales et nationales de diabétologie et de gynécologie-obstétrique, dont l'«American Diabetes Association» (ADA) [4, 5]. La Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique en collaboration avec la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie recommande de réaliser une HGPO à 75 g chez toutes les femmes enceintes entre la 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (screening universel) [6]. Une seule valeur pathologique suffit à poser le diagnostic d'un DG (tab. 1). Une HGPO pathologique ne devrait pas être répétée. Avant l'HGPO, une durée de jeûne de 8 heures est nécessaire. Toutefois, afin de ne pas fausser les résultats, il est essentiel de ne pas restreindre les femmes enceintes au niveau alimentaire les jours qui précèdent le test.

## Y-a-t-il des alternatives à l'HGPO?

Afin de simplifier la méthode, une réflexion autour de la réalisation d'une valeur de glycémie à jeun dans un premier temps a été menée. Si elle est  $\geq 5,1$  mmol/l, le diagnostic de DG est posé. Il n'est ainsi pas nécessaire de réaliser une HGPO.

Basée sur une étude menée aux Emirats Arabes Unis, il a été discuté de se passer d'une HGPO si la glycémie à

**Tableau 1:** Diagnostic du diabète gestationnel (DG) avec une hyperglycémie provoquée orale (HGPO) à 75 g de glucose entre 24–28<sup>èmes</sup> semaines d'aménorrhée (glycémie veineuse plasmatique).

Normes	mmol/l
A jeun	<5,1
1-h	<10,0
2-h	<8,5

Conversion mmol/l ↔ mg/dl: 18 mg/dl = 1 mmol/l, 1 mg/dl = 0,05 mmol/l. Le diagnostic de DG est posé lorsqu'au moins une valeur excède les normes.



Justine Gross

jeun est <4,4 mmol/l. Ainsi une HGPO ne devrait être réalisé que si la valeur à jeun est  $\geq 4,4$  mmol/l et <5,1 mmol/l ce qui permettrait d'en diminuer significativement le nombre. Toutefois, une analyse récente faite à Genève et à Bâle a montré qu'en utilisant cette méthode sur plus de 2000 femmes, 21,5% des femmes avec un DG n'auraient pas été diagnostiquées [3].

La fructosamine n'est pas une option pour diagnostiquer un DG au vu de sa variabilité. L'HbA<sub>1c</sub> peut être prédictive pour des complications durant la grossesse, mais sa prédictibilité est inférieure à celle d'une HGPO et l'établissement d'un seuil clair est débattu. Une

### L'HbA<sub>1c</sub> peut être prédictive pour des complications durant la grossesse, mais sa prédictibilité est inférieure à celle d'une HGPO.

HbA<sub>1c</sub> >5,9% lors du diagnostic d'un DG est associé avec un plus grand risque de macrosomie ou de grand poids de naissance selon l'âge gestationnel, de césarienne et de troubles hypertensifs, malgré une prise en charge. A noter que l'HbA<sub>1c</sub> est plus basse durant la grossesse (-0,5% à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre).

#### Que faire après une chirurgie bariatrique?

Au cours de ces dernières années, on assiste à une augmentation du nombre de grossesses survenant après une chirurgie bariatrique. En Suisse, l'intervention du bypass gastrique reste l'intervention la plus fréquente mais la sleeve gastrectomie gagne en popularité. Comme toutes les femmes enceintes, les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique nécessitent un dépistage du DG pendant leur grossesse. A ce jour, ces femmes bénéficient donc d'une HGPO selon le même protocole que les femmes sans antécédent de chirurgie bariatrique. Si l'anneau gastrique n'a pas d'impact sur l'absorption du glucose, cette dernière est modifiée de manière significative en cas de bypass gastrique, et dans une moindre mesure en cas de sleeve gastrectomie. Ceci pose le problème de l'interprétation des résultats de l'HGPO, car plusieurs modifications sont observées dans le métabolisme glucidique après bypass gastrique («Roux-en-Y Gastric Bypass» [RYGB]). En particulier après une charge orale de glucose, on constate

une élévation plus rapide et plus importante de la glycémie par rapport aux patientes non opérées et un retour à la glycémie de base plus précoce. Le nadir de la glycémie après une HGPO lors d'un RYGB est inférieur à la valeur préprandiale avec des épisodes assez fréquents d'hypoglycémie symptomatique 2 à 3 heures après la charge de glucose (dumping syndrome tardif). Dans ce contexte, des études sont en cours pour déterminer le meilleur moyen d'évaluer le risque de diabète gestationnel au sein de cette population.

### Le dépistage tôt dans la grossesse

A l'heure actuelle, de plus en plus de femmes en âge de procréer souffrent d'obésité et/ou d'un diabète de type 2, diagnostiqué ou non. Ainsi, il fait sens de tester par une glycémie à jeun et une HbA<sub>1c</sub> les femmes avec des facteurs de risque pour un diabète à leur première visite prénatale en utilisant les mêmes critères que pour le diabète en dehors de la grossesse (tab. 2).

Une femme avec un DG diagnostiqué dans le 1<sup>er</sup> trimestre est plus à risque de développer de complications. Au vu du manque d'étude évaluant l'impact d'une intervention, le diagnostic de DG durant le 1<sup>er</sup> trimestre reste controversé. Entre temps, l'«International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group Recommendation» propose qu'une valeur de glycémie veineuse à jeun comprise entre 5,1–6,9 mmol/l dans le 1<sup>er</sup> trimestre suffit à poser le diagnostic d'un DG. Si ce dépistage est normal, une HGPO à 24–28 semaines d'aménorrhée est recommandé. A savoir que dans le 2<sup>e</sup> trimestre, des prises en charge plus précoces sont plus efficaces.

### Facteurs de risque

Le développement du DG est associé à divers facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux. Il faut toutefois savoir que seules 50–80% des femmes souffrant de DG présente un ou plusieurs des facteurs de risque connus.

Selon ADA, 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/m<sup>2</sup> ou >23 kg/m<sup>2</sup> chez les asiatiques) avec au moins un autre facteur de risque ou une obésité (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>);
- antécédent de DG ou d'intolérance au glucose;
- antécédent familial de premier degré pour un diabète de type 2;
- ethnique: afro-américaine, hispanique, amérindienne, aborigène;

**Tableau 2:** Critères internationaux de diagnostics (glycémie veineuse plasmatique).

Glycémies (mmol/l)	Normoglycémie	Prédiabète	Diabète
A jeun	<5,6	5,6–6,9 (IFG)	$\geq 7,0$
2-h	<7,8	7,8–11,0 (IGT)	$\geq 11,1$
HbA <sub>1c</sub> (%)	<5,7	5,7–6,4	$\geq 6,5$

IFG: «impaired fasting tolerance»; IGT: «impaired glucose tolerance»

- syndrome Polycystic d'Ovaire (PCOS);
  - inactivité physique;
  - maladie ou facteurs de risque cardiovasculaire.
- D'autres facteurs de risque spécifiques ont été observés durant la grossesse, tels que:
- prise pondérale gestationnelle excessive selon les recommandations de l'Institut de médecine;
  - inactivité physique;
  - apport alimentaire excessif en lipides, en saccharose ou en protéines animales et une consommation insuffisante de fibres.

D'autres éléments ont également été corrélés à un risque plus élevé de DG. Ces derniers sont 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.

### Impact du diabète gestationnel

De nombreux risques et complications liés au DG durant la période périnatale sont connus, tels que pour la mère la pré-éclampsie, la césarienne, l'accouchement prématuré, l'hydramnios et pour l'enfant, la macrosomie (poids de naissance >4 kg) et l'hypoglycémie néonatale ainsi que des complications plus rares comme une dystocie des épaules, des lésions traumatiques secondaires, une détresse respiratoire, une hyperbilirubinémie, une hypocalcémie et/ou un séjour en soins intensifs [5].

Les risques à long terme sont toutefois moins connus et sont pour la mère une augmentation du risque de développer un syndrome métabolique, un diabète de type 2 (7× plus fréquent), un risque d'un autre DG (30–70%) et des maladies cardiovasculaires. Notre cohorte incluant plus de 500 femmes montre que plus d'un tiers gardent un diagnostic de prédiabète après l'accouchement. En ce qui concerne les enfants, l'obésité et/ou le DG de leurs mères durant la grossesse augmentent leur risque d'obésité pédiatrique et de diabète de type 2 sur le long terme.

Au cours de ces dernières années, la programmation métabolique intra-natale et même les effets épigénétiques ont suscité un intérêt croissant. Une étude a

d'ailleurs récemment démontré que l'obésité maternelle engendrait plus d'admission à l'hôpital pour un événement cardiovasculaire et une mortalité augmentée chez les descendants [7]. Ce risque est également observé chez les descendants de mères en surpoids, mais de manière plus modérée.

### Au cours de ces dernières années, la programmation métabolique intra-natale et les effets épigénétiques ont suscité un intérêt croissant.

L'alimentation durant la grossesse et les déficits en certaines vitamines ont également été associés à des changements de la composition corporelle chez le nouveau-né. De plus, le stress et/ou la dépression maternelle durant la grossesse changent l'expression placentaire des récepteurs glucocorticoïdes et peuvent favoriser un retard de croissance intra-utérin. Le retard de croissance est associé à une stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, augmentant le risque d'obésité centrale et de résistance à l'insuline chez l'enfant. Compte tenu de la prévalence croissante de l'obésité pédiatrique et des problèmes métaboliques associés, l'existence d'un lien étroit entre la santé métabolique de la mère et de l'enfant fait de cette période périnatale une chance d'accompagner non seulement la mère pour améliorer sa santé, mais aussi celle des futures générations [5].

## Thérapies

### Le suivi des glycémies

L'autosurveillance de la glycémie est la première mesure à mettre en place lors du diagnostic de DG. La mesure de la glycémie permettra de mesurer les effets des actions mises en place par les modifications du style de vie ou d'évaluer la nécessité d'introduire une thérapie médicamenteuse complémentaire. Les glycémies capillaires devraient être réalisées avec des appareils obéissant à la norme ISO 15197:2013 qui assure plus de crédibilité aux mesures aussi bien dans leur valeur absolue que dans leur reproductibilité.

Pour la plupart des femmes avec un DG, une auto-surveillance glycémique capillaire devrait être effectuée 4×/jour, le matin à jeun et après les 3 repas. Les seuils recommandés par les différentes sociétés nationales et internationales se basent sur les plus grandes études et celles qui sont méthodologiquement les plus performantes (tab. 3). A noter que les grandes études considèrent généralement les glycémies à jeun et celles 2 heures postprandiales, raison pour laquelle elles sont les plus utilisées en clinique. Dans certaines situations, des glycémies à 1h peuvent être plus appropriées. En ce

**Tableau 3:** Les différents objectifs glycémiques capillaires dans le suivi d'un diabète gestationnel.

Guidelines	A jeun	1 h post prandiales	2 h post prandiales
ADA 2017	≤95 mg/dl soit 5,3 mmol/l	≤140 mg/dl soit 7,8 mmol/l	≤120 mg/dl soit 6,7 mmol/l
NICE 2017	≤5,3 mmol/l	≤7,8 mmol/l	≤6,4 mmol/l
SSED	≤5,3 mmol/l	≤8,0 mmol/l	≤7,0 mmol/l

ADA: «American Diabetes Association»; NICE: «National Institute for Health and care excellence»; SSED: Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie

qui concerne les cibles glycémiques en Suisse, nous noterons qu'il s'agit d'un consensus d'expert entre la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie et la Société Suisse des Gynécologues-Obstétrique qui ont arrondi les chiffres par rapport aux standards internationaux. Si les seuils de glycémies capillaires sont tenus uniquement par le style de vie, la fréquence des contrôles pourrait être rediscutée avec le personnel soignant.

### Alimentation

Toutes les sociétés savantes s'accordent à dire que l'alimentation joue un rôle prépondérant dans le traitement du DG. C'est pourquoi, des conseils nutritionnels sont recommandés pour toute femme présentant un DG. Les buts de la prise en charge diététique sont de participer à l'amélioration des glycémies et d'assurer un apport nutritionnel adéquat.

Un des objectifs de la prise en charge nutritionnelle est de promouvoir une alimentation équilibrée et structurée. Les recommandations alimentaires pour toute femme enceinte s'appliquent pour les femmes présentant un DG. La spécificité des conseils proposés réside dans la quantité et la qualité des glucides. L'«Endocrine

### Les buts de la prise en charge diététique sont de participer à l'amélioration des glycémies et d'assurer un apport nutritionnel adéquat.

Society», recommande un apport limité en glucides (35–45% de l'apport énergétique total) et les recommandations anglaises préconisent de favoriser les aliments avec un index glycémique faible. Quelques études, dont les échantillons sont restreints, ont mis en évidence qu'une alimentation avec un index glycémique bas pouvait avoir un effet bénéfique sur le contrôle glycémique et le nombre de patientes mises sous insuline.

La prise en charge nutritionnelle vise également à maintenir la prise de poids dans les limites des valeurs recommandées. Pour les femmes en surpoids ou obèses, L'«Endocrine Society» propose une réduction des apports alimentaires d'un tiers, en veillant néanmoins à maintenir un apport minimum de 1600 à 1800 kcal/jour.

Même si la période de suivi est courte, l'enjeu de la prise en charge à court et moyen terme est important. En effet, les conseils donnés ont pour but de renforcer un comportement de santé susceptible de réduire le risque de développer un diabète dans le futur. De ce fait, pour être maintenus au-delà de la grossesse, les conseils doivent être individualisés pour chaque patiente, en fonction de leurs préférences personnelles et culturelles.

### L'activité physique

En absence de contre-indication obstétricale, l'«Endocrine Society» recommande entre autre un minimum de 30 minutes d'activité physique par jour à une intensité modérée comme traitement initial du DG. Toutefois, aucune recommandation spécifique n'est donnée concernant le type ni le moment auquel la pratique de l'activité physique pourrait avoir les effets les plus bénéfiques sur le contrôle glycémique. Dernièrement, une revue de la littérature a repris différentes études d'intervention dont l'objectif était l'amélioration du contrôle glycémique par la pratique de différentes activités. Des exercices à composante aérobie étaient entre autre proposés (vélo stationnaire, marche ou exercices de renforcement musculaire à l'aide de bande élastique). Les interventions étaient variables, tant dans leur durée, de 20 à 45 minutes, leur fréquence de 3 à 5 fois par semaine et leur intensité de légère à modérée [5]. Parmi les sept études retenues, cinq ont montré une amélioration du contrôle glycémique et/ou une diminution de l'administration d'insuline.

### Approches psychosociales

Dernièrement, l'ADA a édité de nouvelles recommandations quant au dépistage de la dépression chez les femmes avec un DG. Elle propose d'évaluer ces femmes au travers d'outils tels que les deux questions de Whoolley et l'«Edinburgh Postnatal Depression Scale». La dépression est un facteur de risque pour le développement d'un DG parce qu'elle peut influencer négativement l'adhérence au changement de style de vie et au traitement. Le traitement de la dépression peut être une psychothérapie et/ou l'administration d'un traitement antidépresseur.

Enfin, la plupart des femmes sont bouleversées et en détresse après le diagnostic de DG. Le soutien psychosocial et le réconfort offert par des professionnels de la santé, en particulier pendant la phase initiale du diagnostic, est crucial. Idéalement, les professionnels de la santé mentale qualifiés devraient être disponibles dans le cadre d'un service de DG pour des patients sélectionnés [5].

### Traitements médicamenteux

De façon générale, les deux semaines qui suivent le diagnostic de DG sont dédiées à l'évaluation des glycémies avec des modifications au niveau du style de vie sauf en présence de glycémies très élevées ou quand la grossesse est déjà très avancée. Un traitement médicamenteux est proposé lorsque les changements alimentaires ou l'activité physique ne permettent pas d'atteindre un équilibre glycémique. A savoir que cela concerne 20 à 60% des femmes présentant DG.

Le traitement pharmacologique standard pour les femmes atteintes de DG est l'insuline, car elle ne traverse pas la barrière placentaire. L'insulinothérapie a la fonction de réduire le pic glycémique post-prandial ou d'inhiber la gluconéogenèse durant les périodes de jeûne. Concernant les insulines basales, l'insuline NPH (Insulatard®, Huminsulin® Basal NPH), l'insuline détémir (Levemir®) et l'insuline glargine (Lantus®/Toujeo®/Abasaglar®; rarement nécessaire dans le contexte d'un DG) sont admises durant la grossesse. Concernant les insulines repas, les analogues ultrarapides aspart (Novorapid®) et lispro (Humalog®) sont admises durant la grossesse.

### En Suisse, les antidiabétiques oraux sont utilisés de manière «off-label» durant la grossesse et l'allaitement.

En Suisse, les antidiabétiques oraux sont utilisés de manière «off-label» durant la grossesse et l'allaitement. Leur emploi comme traitement complémentaire du DG pourrait toutefois devenir de plus en plus populaire car leur utilisation est plus acceptable et qu'ils coûtent moins chers que l'insuline sous-cutanée et sont plus faciles à administrer. La metformine exerce son action hypoglycémiant à travers l'inhibition de la glucogénèse au niveau hépatique et l'augmentation de la sensibilité à l'insuline. Toutefois, l'insuffisance rénale est une contre-indication à la prescription de metformine. La metformine peut être associée à des troubles gastro-intestinaux, à une absorption réduite en vitamine B12 tandis que l'acidose lactique maternelle est rare. La metformine est connue pour traverser le placenta et son utilisation ne semble pas entraîner des anomalies fœtales. Très peu de metformine est transférée dans le lait maternel, ainsi son utilisation pendant l'allaitement semble sûre, bien que peu d'études le confirment. Une étude randomisée a été menée en 2008 par Rowan et al. [8] a révélé une absence de différences significatives en termes d'hypo-

glycémie néonatale, détresse respiratoire, ictère, dystocie et admission en néonatalogie entre la metformine et l'insuline. Par contre, sa sécurité à long terme est encore incertaine. Des milliers de femmes avec un DG ont été étudiées, mais peu ont étudié les enfants à long terme. A savoir que dans un tiers des cas, l'utilisation de la metformine seule n'est pas suffisante pour atteindre l'équilibre glycémique et le recours à l'insuline est nécessaire. Certains éléments peuvent être prédictifs quant au succès thérapeutique de la metformine et de l'insuline (tab. 4).

Une méta-analyse ayant comme objet la comparaison entre l'insuline et les traitements oraux a récemment été effectuée [9]. Six études comparant la metformine à l'insuline ont mis en évidence une réduction de la prise pondérale maternelle (-1 kg), une réduction de l'hypoglycémie néonatale (RR 0,62), une réduction de l'âge gestationnel (-0,16 semaines) ainsi qu'un risque accru d'accouchement prématuré (RR 1,5). Ces études ont montré une réduction de l'hypertension artérielle maternelle (RR 0,5) et la réduction des glycémies post-prandiales (-0,14 mmol/l).

### Le dépistage postpartum

Le DG disparaît généralement après l'accouchement, toutefois un tiers des femmes de notre cohorte et jusqu'à 40% dans d'autres populations auront un diagnostic de pré-diabète quelques semaines après leur accouchement. Le risque de développer un diabète après un DG est élevé. L'ADA recommande de réaliser une HGPO à 75 g en postpartum pour évaluer si un diabète ou un pré-diabète persisterait après la grossesse.

### L'ADA recommande de réaliser une HGPO à 75 g en postpartum pour évaluer si un diabète ou un pré-diabète persisterait après la grossesse.

En Suisse, pour des raisons asséurologiques et métaboliques, ce dépistage est recommandé entre 6-8 semaines postpartum. Les critères de diabète sont dès lors les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Par la suite, un contrôle métabolique est recommandé tous les 1-3 ans.

### Conclusion

Le DG est une maladie fréquente et asymptomatique. Un dépistage universel est recommandé en Suisse et la prise en charge inclut l'autosurveillance de la glycémie capillaire, une prise en charge diététique, une activité physique régulière d'une intensité modérée ainsi qu'une intégration des aspects psychosociaux et, si be-

**Tableau 4:** Possibles indicateurs pour le choix du traitement en fonction des caractéristiques de la patiente (adapté de [10]).

	Metformine	Insuline
BMI	<35 kg/m <sup>2</sup>	>35 kg/m <sup>2</sup>
Glycémie à jeun	<5,6 mmol/l	>6,1 mmol/l
AG au moment du diagnostic	Avancée	Précoce
Antécédents	Pas de DG	DG précédent
Risque hypoglycémie	Absent	Présent
Souhait patiente	Peur des injections	

BMI = «body mass index», AG = âge gestationnel, DG = diabète gestationnel

## L'essentiel pour la pratique

- En Suisse, la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique en collaboration avec la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie recommande de réaliser une hyperglycémie provoquée orale (HPGO) à 75 g chez toutes les femmes enceintes entre la 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. Une seule valeur pathologique suffit à poser le diagnostic de diabète gestationnel (DG).
- Le développement du DG est associé à de multiples facteurs de risque, toutefois, seule 50–80% des femmes souffrant de DG ont un facteur de risque.
- L'autosurveillance de la glycémie est la première mesure à mettre en place lorsqu'un diagnostic de DG est posé.
- Une thérapie nutritionnelle est recommandée chez toute femme présentant un DG. Une activité physique modérée quotidienne fait également parti du traitement initial du DG.
- Les femmes avec un DG devraient être dépistées pour la dépression qui peut influencer négativement l'adhérence au changement de style de vie et aux traitements.
- Le DG disparaît généralement après l'accouchement bien qu'un tiers des femmes aient un diagnostic de pré-diabète quelques semaines après leur accouchement. L'«American Diabetes Association» recommande de réaliser une HGPO à 75 g en postpartum pour évaluer le métabolisme glucidique, pour la Suisse nous recommandons ce test entre 6–8 semaines postpartum.

Correspondance:  
 Prof. Dr méd. Jardena Puder  
 Médecin adjointe  
 Consultation Diabète  
 gestationnel  
 Service d'Endocrinologie  
 Diabétologie et Métabolisme  
 CHUV  
 CH-1011 Lausanne  
 jardena.puder[at]chuv.ch

soin, un traitement médicamenteux. Due à son impact sur la santé future de la mère et de l'enfant une prise en charge globale durant et après la grossesse représente un enjeu et une chance pour la santé publique.

### Remerciements

Les auteurs remercient Antje Horsch, psychologue de recherche au CHUV, ainsi que Stefano Lanzi, Maître de sport, chargé de recherche au CHUV, pour leur contribution à la rédaction de l'article.

### Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

### Références

- 1 International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes care*. 2010;33(3):676–82.
- 2 Diabète, programme cantonal. Recommandations pour la pratique clinique, diagnostic et prise en charge du diabète gestationnel. 2015.
- 3 Ryser Rüetschi J, Jornayvaz FR, Rivest R, Huhn EA, Irion O, Boulvain M. Fasting glycaemia to simplify screening for gestational diabetes. *BJOG*. 2016;123(13):2219–22.
- 4 Association, A.D., Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S4–S5.
- 5 Horsch A, Gross J, Jornayvaz FR, Lanzi S, Puder JJ. Gestational diabetes – what are the non-medical approaches? *Rev Med Suisse*. 2016;12(521):1089–91.
- 6 Surbek D. Diabète gestationnel: enfin une stratégie de dépistage standardisée. *Forum Med Suisse*. 2011;11(51):965–6.
- 7 Reynolds RM, Allan KM, Raja EA, Bhattacharya S, McNeill G, Hannaford PC. Maternal obesity during pregnancy and premature mortality from cardiovascular event in adult offspring: follow-up of 1 323 275 person years. *BMJ*. 2013 Aug 13;347:f4539.
- 8 Rowan JA, Hague WM, Gao W, Battin MR, Moore MP; MiG Trial Investigators. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. *N Engl J Med*. 2008 May 8;358(19):2003–15.
- 9 Balsells M, García-Patterson A, Solà I, Roqué M, Gich I, Corcoy R. Glibenclamide, metformin, and insulin for the treatment of gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Jan 21;350:h102.
- 10 Carroll DG, Kelley KW. Review of metformin and glyburide in the management of gestational diabetes. *Pharm Pract (Granada)*. 2014;12(4):528.