**COMPLICATIONS POST NATALES DU DIABÈTE GESTATIONNEL**

Réalités Pédiatriques 2024

* Augmentation en France de l’obésité et du diabète de type 2 (DT 2) avec incidence de 16,4 % en 2021

**PHYSIOPATGHOLOGIE**

* Excès de sucre 🡪
  + Anomalie du surfactant 🡪 SDR
  + Excès de production d’insuline par le fœtus 🡪 excès de croissance :
    - Macrosomie : Taille/ poids MAIS PAS LE PC !
    - Augmentation taille des reins
    - Augmentation taille du foie
    - Augmentation nombre et taille des cellules myocardique cardiomyopathie hypertrophique. Se retrouve dans tous les types de diabète mais moins si DG.
    - Hypoxémie fœtale 🡪 polyglobulie
    - Malformations (cardiaque) si diabète maternel en période d’organogenèse 🡪 plutôt les DT2 et DT1 mais rarement pour les DG qui apparaissent plus tard dans la grossesse. NB : l’obésité maternelle seule augmente aussi le risque de malformations

**COMPLICATIONS**

* Risque à la naissance :
  + Risque de dystocie des épaules de 10% si > 4 kg
  + Risque de SDR (OR : 3,1) si mère avec DG traité par insuline 🡪 anomalie du surfactant.
  + Risque d’hypoglycémie, risque corrélé au taux élevé de peptide C et au degré de macrosomie.
  + Ictère sur polyglobulie
  + Augmentation de la mortalité périnatale (OR 3,6) dans DT2
* Risque enfant et adulte liés aux modifications épigénétiques :
  + Elévation de l’IMC vers 6-9 ans
  + Intolérance au glucose dès l’adolescence et DT2 à l’âge adulte de (60% si mère DT2 vs 10% si mère pas DT2) et pas lié à DT2 chez le père
  + Elévation de l’obésité mais reste surtout en lien avec l’IMC maternel
  + Elévation du risque de maladies cardiovasculaires

**PREVENTION**

* Dépistage, traitement et suivi du
  + DT2 avant la grossesse
  + Du DG dès 20 SA
* Prévention accrue durant la « période de vulnérabilité métabolique des 1000 premiers jours » de vie  🡪 Allaitement maternel min. 6 mois