

REVUES GÉNÉRALES

Lecture critique des dernières recommandations concernant le diabète gestationnel

RÉSUMÉ : Le diabète gestationnel fait couler beaucoup d'encre, peut-être à tort. L'absence de recommandations, ou des recommandations floues, sûrement dues au fait que la littérature est elle-même imprécise, faisait que chacun dépistait et traitait le diabète gestationnel "à sa façon". La littérature s'est étoffée de l'étude HAPO, cela a semblé justifier l'élaboration de recommandations plus précises.

Non, le dépistage du diabète gestationnel ne doit pas être systématique mais ciblé. Le régime adapté va permettre à lui seul la prise en charge de la majorité des diabètes gestationnels ; le contrôle de la glycémie permet d'atténuer la principale complication du diabète gestationnel : la macrosomie. Ces recommandations seront sûrement modifiées, mais elles ont le mérite d'exister et d'être pragmatiques. Leur évaluation est désormais nécessaire.



→ O. SIBONY

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'OMS comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

Cette définition, volontairement très large, décrit ainsi un évident continuum dans les troubles de la tolérance glucidique qui peuvent survenir durant la grossesse. La difficulté est de décider de là où finit une adaptation physiologique et où commence une véritable maladie. Ces troubles de la tolérance glucidique débutent généralement en deuxième partie de grossesse et disparaissent en post-partum. Cet état est à distinguer d'un véritable diabète patent, le plus souvent de type 2 (DT2), préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera

après l'accouchement, ce diabète étant souvent méconnu de la patiente.

Selon le type de dépistage mis en place, la prévalence du DG est estimée entre 2 et 6 %. Les facteurs de risque principaux sont la surcharge pondérale, l'âge, l'origine ethnique, les antécédents familiaux au premier degré de DT2, les antécédents obstétricaux de DG ou de macrosomie, le syndrome des ovaires polykystiques (grade B). En revanche, le niveau socio-économique, la multiparité, la grossesse multiple et la prise de poids gestationnelle (grade B) ne semblent pas être des facteurs de risque indépendants de DG.

Les complications maternelles du diabète gestationnel

Sont décrits un risque accru de prééclampsie et de césarienne en cas de DG. Une association à un surpoids ou

à une obésité augmente les risques de prééclampsie et de césarienne par rapport aux femmes diabétiques ayant un IMC normal (grade B).

Les taux d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale sévère et d'hémorragie du post-partum ne sont pas modifiés par le DG (grade B).

Des troubles psychologiques à type d'anxiété, le risque de dépression du post-partum sont plus fréquents en cas de DG.

Complications fœtales et néonatales du DG

Les complications périnatales liées spécifiquement au DG sont rares. La macrosomie est la principale conséquence néonatale démontrée d'un DG. Elle explique le nombre élevé de césariennes dans cette population.

Comme on peut le constater, les complications maternelles et néonatales du DG sont assez rares. Il est surprenant de constater que le diabète gestationnel stimule autant les équipes et nécessite autant de recommandations. Ce qui est vraiment établi, c'est que le DT2 méconnu est bien plus souvent associé à des complications maternelles ou néonatales.

Faut-il dépister le DG? Comment?

Les partisans du dépistage systématique du DG ont toujours été les plus "communicants". Les dernières recommandations de l'HAS concluaient à une non-conclusion; il n'existait aucun argument décisif pour décider du caractère systématique du dépistage de DG. C'est pourtant le message qui est passé à l'époque! Même les conférenciers d'internat enseignaient la nécessité absolue d'un dépistage.

Dans le texte des dernières recommandations, dans deux paragraphes successifs,

on peut lire dans un premier temps que les complications maternelles et néonatales sont rares; dans le paragraphe suivant, il est écrit que l'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale, associée à l'hyperglycémie maternelle (grade B), plaide en faveur du dépistage!

Cela dit, l'existence d'un test de dépistage valide et fiable (grade B), l'efficacité démontrée de la prise en charge thérapeutique sur l'incidence des complications (grade A) et le caractère acceptable des effets adverses du dépistage et de la prise en charge (grade B) sont des arguments indiscutables pour un dépistage du DG.

Idéalement, la stratégie de dépistage retenue doit permettre d'identifier les femmes à haut risque d'événements pathologiques, les plus à même de bénéficier d'une prise en charge intensive, et de préserver les autres d'une intervention excessive.

C'est un dépistage ciblé qui est recommandé

Les critères devant lesquels ce dépistage doit être réalisé sont:

- un âge maternel > 35 ans,
- un IMC > 25 kg/m²,
- des antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré,
- des antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome (grade A).

Cette liste ne nous semble pas complète, on devrait y ajouter:

- l'existence de glycosurie répétée au cours de la grossesse,
- un excès de liquide amniotique,
- une macrosomie fœtale,
- une prise de poids excessive non expliquée par des écarts alimentaires.

En l'absence de ces facteurs de risque, le bénéfice et le rapport coût/efficacité du dépistage restent à évaluer. Il n'y a donc pas d'arguments suffisants pour

recommander un dépistage systématique (accord professionnel).

Quand et comment dépister?

Comme nous l'avons écrit plus haut, il est fondamental de dépister le DT2 méconnu. En présence des facteurs de risque précédemment définis, lors de la 1^{re} consultation prénatale (grade B), ce dépistage sera réalisé par une glycémie à jeun. En présence de facteurs de risque de DT2, ce dépistage doit être fait idéalement en préconceptionnel (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé de réaliser une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) en début de grossesse (accord professionnel). La mesure de l'HbA1c comme méthode diagnostique n'est pas actuellement recommandée en France. En cas de DT2 découvert en début de grossesse, cette mesure pourrait être utile pour préciser l'équilibre glycémique périconceptionnel (accord professionnel).

Entre 24 et 28 SA, c'est l'HGPO avec 75 g de glucose qui est recommandée (accord professionnel). Aucune autre méthode (HbA1c, fructosamine, glycosurie, glycémie au hasard, et/ou postprandiale) ne peut être actuellement recommandée.

Le test de O'Sullivan a été écarté par le comité d'organisation car nécessitant un deuxième temps diagnostique. Il a pourtant l'avantage d'être bien mieux toléré par la patiente et surtout de pouvoir être réalisé à l'issue de la consultation, sans imposer à la patiente d'être à jeun. Le temps diagnostique peut également servir à décider d'une mise sous insuline.

Critères diagnostiques

La glycémie à jeun diminue peu au cours de la grossesse (grade B). En début de grossesse, il est admis de porter le diagnostic

REVUES GÉNÉRALES

POINTS FORTS

- ➞ Les complications maternelles et néonatales du DG sont assez rares.
- ➞ La macrosomie est la principale conséquence néonatale démontrée d'un DG.
- ➞ Le dépistage ciblé et non systématique du DG est recommandé.
- ➞ La méthode recommandée est l'HGPO avec 75 g de glucose entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée.

de DT2 sur une glycémie à jeun $> 1,26$ g/L (7 mmol/L) (accord professionnel).

Le seuil pour le diagnostic de DG est de 0,92 g/L (5,1 mmol/L) de glycémie à jeun et/ou glycémie 1 heure après une charge orale de 75 g de glucose $> 1,80$ g/L (10,0 mmol/L) et/ou glycémie 2 heures après la charge $> 1,53$ g/L (8,5 mmol/L) (accord professionnel).

L'étude HAPO a retrouvé un sur-risque de 75 % de macrosomie, d'hyperinsulinisme et d'adiposité fœtaux à partir de ces seuils.

Quels traitements ?

Le traitement spécifique du DG réduit l'incidence de survenue de la macrosomie fœtale et de la prééclampsie (grade A).

L'auto-surveillance glycémique (ASG) permet d'indiquer une éventuelle insulinothérapie (grade C). Elle est recommandée de 4 à 6 fois par jour (accord professionnel). 0,95 g/L à jeun et 1,20 g/L à deux heures sont les seuils actuellement à conseiller (grade A).

La prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement du DG. L'apport recommandé est entre 25 et 35 kcal/kg/j. Une restriction calorique (> 1600 kcal/j) est indiquée en cas d'obésité (accord professionnel). L'apport en hydrates de carbone doit représenter 40 % à 50 % de l'apport calorique total (grade C). Il doit

être réparti en trois repas et deux à trois collations (accord professionnel). Les hydrates de carbone à index glycémique faible et les fibres pourraient avoir un intérêt pour le contrôle du DG (accord professionnel). Une activité physique régulière, en l'absence de contre-indication obstétricale, environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine est recommandée (grade C).

L'insulinothérapie doit être débutée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A). Les anti-diabétiques oraux n'ont pas l'AMM pendant la grossesse et ne sont pas recommandés (grade C). Les données concernant le glibenclamide et la metformine semblent rassurantes, cependant, des études complémentaires sont nécessaires avant d'envisager leur utilisation en routine pendant la grossesse.

La surveillance obstétricale

En cas de DG équilibré et en l'absence d'autre pathologie ou facteur de risque associé, il n'y a pas d'argument justifiant un suivi clinique différent des autres grossesses (accord professionnel). La surveillance à un rythme plus rapproché est justifiée dans les autres cas ou en présence de facteurs de risques associés (accord professionnel).

En cas de DT2 découvert pendant la grossesse, la surveillance fœtale doit être renforcée à partir de 32 SA.

L'accouchement

1. DG bien équilibré

En cas de DG bien équilibré, par le régime seul ou par l'insuline, et sans retentissement fœtal, il n'y pas d'argument qui justifie une prise en charge différente de celle d'une grossesse normale (grade C).

2. DG mal équilibré

En cas de DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de provoquer l'accouchement à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfice-risque materno-fœtale.

Du fait du risque accru de dystocie des épaules et de paralysie du plexus brachial, il est recommandé de proposer une césarienne en cas de DG lorsque le poids fœtal estimé est supérieur à une valeur seuil de 4250 (grade C).

Quelle prise en charge néonatale ?

La naissance peut avoir lieu dans la maternité de proximité, sauf en cas de prématurité, de malformation grave ou d'anomalie majeure de la croissance fœtale (accord professionnel).

Le risque d'hypoglycémie sévère est faible en cas de DG (grade A). La surveillance de la glycémie est recommandée pour les nouveau-nés de mère avec DG traités par insuline ou dont le poids de naissance est $< 10^e$ ou $> 90^e$ percentile.

Les nouveau-nés doivent être nourris le plus tôt possible après la naissance (environ 30 minutes) et à intervalles fréquents (au moins toutes les 2-3 h). Le nouveau-né doit bénéficier de la surveillance habituelle de l'ictère néonatal (accord professionnel). Le dosage de la

calcémie et la réalisation d'une numération formule sanguine à la recherche d'une polyglobulie sont indiqués en fonction des signes cliniques (accord professionnel).

Le post-partum, la contraception

Les femmes ayant eu un DG doivent être surveillées dans le post-partum immédiat pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement (accord professionnel). Le choix de la contraception doit tenir compte essentiellement des facteurs de risque associés.

Le pronostic ultérieur pour la mère

Le risque de récurrence du DG varie de 30 à 84 % selon les études (grade B). Le DG expose à un risque ultérieur accru de DT2 multiplié par 7 (grade B). Certains facteurs augmentent ce risque : la surcharge pondérale, le diagnostic du DG avant 24 SA, les glycémies de l'HGPO diagnostique élevées et la nécessité d'une insulinothérapie.

L'allaitement ou la contraception ne modifient pas le risque. Le risque élevé de DT2 après un DG justifie l'information de la patiente et le dépistage (grade A).

Le pronostic ultérieur pour l'enfant

Les enfants nés de mères ayant eu un DG constituent une population à risque modéré de complications métaboliques à long terme. L'allaitement n'a pas d'impact positif ou négatif. La surveillance de l'évolution pondérale infantile et la prise en charge d'éventuels troubles de la corpulence et/ou de la tension artérielle doivent être envisagées et conseillées de façon globale (activité physique, nutritionnelle et psychologique) pour l'enfant et sa famille (grade C).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.