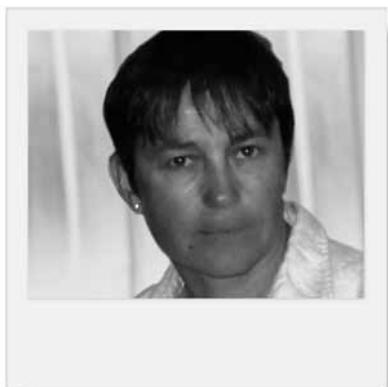


Diabète gestationnel : qui dépister ?



→ **S. HIERONIMUS**
Service
d'Endocrinologie-
Maladies Métaboliques-
Médecine de la
Reproduction,
Hôpital l'Archet,
NICE.

Le diabète gestationnel : une définition, deux entités

Le diabète gestationnel (DG) est défini comme un trouble de la tolérance au glucose 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 recouvre de fait deux entités : une anomalie glycémique réellement apparue en cours de grossesse et disparaissant au moins temporairement dans le post-partum et un diabète patent préexistant à la grossesse, le plus souvent de type 2, mais méconnu jusque-là. On estime à 15 % la proportion de DG qui sont des diabètes de type 2 méconnus.

Ces deux entités partagent très largement les mêmes facteurs de risque, une même physiopathologie (insulinorésistance et production inadéquate d'insuline). Cependant, le pronostic materno-fœtal d'un diabète "négligé", présent dès la conception, est à l'évidence plus réservé qu'une anomalie transitoire de la tolérance au glucose survenant en deuxième partie de gestation. Dès lors se trouve posée la stratégie de dépistage à adopter pour optimiser la prise en charge de ces deux populations.

Dépistage du diabète gestationnel : un intérêt à court terme, un enjeu à long terme

Contrairement au diagnostic qui est une démarche individuelle, le dépistage s'inscrit dans une politique de Santé publique. Un dépistage est qualifié de pertinent lorsqu'il concourt par le biais de l'intervention qui en résulte à diminuer la morbidité et/ou la mortalité d'une population. L'augmentation des risques de morbidité néonatale et maternelle liée à l'hyperglycémie maternelle [1], l'efficacité démontrée de la prise en charge thérapeutique sur l'incidence des complications périnatales, le caractère acceptable des effets "adverses" du dépistage et de la prise en charge sont en faveur du dépistage du diabète gestationnel [2].

De plus, ce dépistage offre la possibilité unique d'identifier précocement des femmes à haut risque de diabète de type 2 (risque multiplié par 7) à l'heure où des stratégies de prévention ont montré leur efficacité.

Dépistage systématique ou ciblé : quels arguments ?

Idéalement, la stratégie de dépistage retenue devrait 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 du poids d'une intervention excessive, possiblement pourvoyeuse d'anxiété et de césarienne. De manière pragmatique et dans un souci d'efficacité, cela permettrait de concentrer les moyens et non de les disperser.

Le dépistage systématique concerne l'ensemble des individus de la population cible (les femmes enceintes) ; le dépistage ciblé (ou sélectif) ne s'adresse qu'aux femmes enceintes présentant des facteurs de risque de DG.

Le dépistage systématique est théoriquement plus simple à mettre en place. Il s'accompagne obligatoirement d'une augmentation de la prévalence du DG à prendre en compte dans les estimations des besoins de santé nécessaires à la prise en

POINTS FORTS

- ➔ Le dépistage du DG est recommandé en présence de facteurs de risque à fort impact (âge maternel ≥ 35 ans, IMC ≥ 25 kg/m², antécédents personnels de DG ou macrosomie, antécédents de diabète chez apparenté(s) au premier degré).
- ➔ La décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelles.
- ➔ 15 % des DG sont des diabètes de type 2 méconnus.
- ➔ Il est recommandé de faire une glycémie à jeun au premier trimestre pour ne pas méconnaître un diabète de type 2 impliquant une prise en charge sans délai.
- ➔ l'IMC est un facteur de risque indépendant de complications périnatales (macrosomie, prééclampsie).
- ➔ Le dépistage du DG offre l'opportunité unique d'identifier précocement des femmes à haut risque de diabète de type 2 à l'heure où des stratégies de prévention ont montré leur efficacité.

charge des patientes, ce d'autant que les seuils diagnostiques proposés par l'IADPS [3] ont été retenus par le consensus français du Collège national des gynécologues obstétriciens français et de la Société francophone du diabète [4] (prévalence attendue de 16 à 18 % de la population). De même, doivent être pris en compte le nombre de tests inutilement réalisés et le rapport coût-efficacité du dépistage des femmes à faible risque dont le bénéfice sur les complications périnatales demeure controversé.

Un dépistage ciblé trop complexe, basé sur une liste exhaustive de facteurs de risque, pourrait être abandonné par les praticiens. Néanmoins, nombre de facteurs de risque sont des données d'anamnèse recueillies systématiquement lors de la première consultation prénatale.

Dans les populations à faible risque, le dépistage ciblé permet d'éviter la réalisation d'un test chez un nombre important de patientes. A l'inverse, dans les populations à haut risque et en particulier connaissant la prévalence de l'obésité dans certaines régions, il pourrait n'épargner qu'une faible proportion de femmes.

D'autre part, le dépistage ciblé pourrait conduire à méconnaître un nombre significatif de DG dont le pronostic reste cependant à évaluer [2].

Facteurs de risque de DG : lesquels "cibler" ?

Les facteurs de risque de DG ont fait l'objet d'une revue récente [5], ils peuvent être classés selon leur impact. Parmi les facteurs à fort impact, on peut souligner le "poids" de l'indice de masse corporelle (IMC). Il existe en effet une association très forte entre le surpoids à l'âge adulte et le risque de DG. Dans la *Nurses'Health Study*, un IMC > 25 à l'âge adulte multipliait par 2,36 (IC 95 % 2,12-3,77) le risque de développer un DG. Dans leur méta-analyse, Torloni *et al.* estimaient que pour chaque augmentation de 1 kg/m² de l'IMC, la prévalence du DG augmentait de 0,92 % (IC 95 % 0,7-1,1). Le risque relatif de DG pour le surpoids (IMC > 25 kg/m²), l'obésité modérée (IMC > 30 kg/m²) et l'obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) était respectivement de 1,97 (IC 95 % 1,77-2,19), 3,01 (IC 95 % 2,34-3,87), 5,55 (IC 95 % 4,27-7,21).

De plus, l'IMC est un facteur de risque indépendant de complications périnatales (macrosomie, prééclampsie). Ainsi, la présence de l'indice de masse corporelle est constante dans les recommandations qui préconisent le dépistage ciblé.

Outre l'IMC, les facteurs ayant l'impact le plus important sur le risque de DG sont : l'âge maternel (risque multiplié par 4 dans la tranche d'âge 30-34 ans, risque multiplié par 5,6 entre 35 et 39 ans), l'antécédent de diabète gestationnel (taux de récurrence entre 30 et 84 %) et l'antécédent de diabète de type 2 dans la famille, en particulier dans la fratrie.

Le syndrome des ovaires polykystiques est également associé à un risque accru mais modéré de DG (OR ajusté : 2,44). De même, l'origine ethnique en tant que variable indépendante n'a qu'un impact modéré sur le risque de DG.

Recommandations pour la pratique clinique 2010 : un dépistage ciblé...

Le dépistage du DG est recommandé en présence d'au moins un des critères suivants [5] :

- âge maternel ≥ 35 ans,
- IMC ≥ 25 kg/m²,
- antécédents personnels de DG ou macrosomie,
- antécédents de diabète chez apparenté(s) au premier degré.

Ces facteurs de risque doivent être recherchés dès la première consultation prénatale. Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelles. Il est recommandé de faire une glycémie à jeun au premier trimestre pour ne pas méconnaître un diabète de type 2, impliquant une prise en charge sans délai. En cas de normalité de ce dépistage précoce,

Glycémie à jeun au 1^{er} trimestre
≥ 0,92 g/L (si glycémie à jeun ≥ 1,26 g/L : diabète de type 2)

HGPO à 75 g de glucose entre 24 et 28 SA (si dépistage du 1^{er} trimestre négatif ou non fait)
glycémie à jeun ≥ 0,92 g/L et/ou glycémie 1 h ≥ 1,80 g/L et/ou glycémie 2 h ≥ 1,53 g/L

TABLEAU I : Modalités de dépistage des femmes à risque* et seuils glycémiques définissant le diabète gestationnel.

* facteurs de risque : IMC ≥ 25, âge ≥ 35, Atcd personnel de DG ou macrosomie, Atcd familial au 1^{er} degré de diabète de type 2.

il est recommandé de faire une hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose entre 24 et 28 SA, période à laquelle la tolérance au glucose se détériore au cours de la grossesse (**tableau I**). En l'absence de facteurs de risque, la mise en évidence de biométries fœtales supérieures au 97^e percentile ou d'un hydramnios doit faire rechercher un DG.

Bibliographie

1. METZGER BE, LOWE LP, DYER AR *et al.* Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, 2008; 358 : 1 991-2 002.
2. HIERONIMUS S, LE MEAUX JP. Relevance of gestational diabetes mellitus screening and comparison of selective with universal strategies. *Diabetes Metab*, 2010; 36 : 575-586.
3. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care*, 2010; 33 : 676-682.
4. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; Société francophone du diabète. Diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010; 39 : S139, S338-342.
5. GALTIER F. Gestational diabetes : definition, epidemiology, risk factors. *Diabetes Metab*, 2010; 36 : 628-651.

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