

| Le point sur le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel (DG) est un diabète survenant ou diagnostiqué pour la première fois au cours de la grossesse. Il concerne environ 6 % des femmes enceintes en France. Le biologiste médical joue un rôle essentiel dans le dépistage, au sein d'une équipe multidisciplinaire, pour la prévention des complications materno-fœtales à court et long termes.

La prise en charge d'un diabète gestationnel implique de nombreux acteurs : endocrinologue, médecin généraliste, infirmière, sage-femme, diététicienne et biologiste, acteur médical au premier plan dans le dépistage.

Idéalement, une consultation préconceptionnelle des femmes serait très utile, pour programmer un régime chez les femmes en surpoids, dépister celles ayant un diabète de type 2 (DT2) avant la conception, et permettre une prise en charge optimale en les incluant dans un programme d'éducation thérapeutique ciblée.

Diabète gestationnel (DG) : définition

Le DG est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

Le DG regroupe donc deux entités : un diabète patent de type 2 (DT2), pré-existant à la grossesse, qui persiste après l'accouchement, et des anomalies de la tolérance glucidique apparaissant en cours de grossesse (plus volontiers après le 2^e trimestre), disparaissant généralement dans le post-partum.

Recommandations françaises pour la pratique clinique (2010)

Société francophone du diabète, Société de périnatalogie et Collège national des gynécologues obstétriciens français

• Dépistage ciblé ou systématique ?

Devant la forte prévalence du DG (selon les nouveaux critères diagnostiques) et l'absence de données formelles montrant une amélioration du pronostic en cas de traitement des patientes qui n'avaient pas de facteur de risque (FR), il a été choisi de faire un dépistage ciblé, chez les femmes ayant au moins l'un des FR suivants :

- âge : plus de 35 ans ;
- surcharge pondérale (IMC supérieur ou égal à 25 kg/m²) ;
- antécédents familiaux de diabète au 1^{er} degré (parents ou fratrie) ;
- antécédents de diabète gestationnel ou patientes ayant déjà donné naissance à des enfants de plus de 4 kg (macrosomes).



37740885 - © JPC-PROD

• Dépistage : comment ?

Il est conseillé de faire un dépistage dès la première consultation pré-natale par une glycémie à jeun (GAJ), pour ne pas ignorer un DT2 méconnu. Si ce dépistage est positif (GAJ \geq 0,92 g/l), le diagnostic de DG est posé ; il est inutile d'aller plus loin. S'il est négatif (GAJ $<$ 0,92 g/l), il est recommandé d'effectuer, chez les femmes à risque, un dépistage entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée (SA) par une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) avec 75 g de glucose.

• Dépistage : pourquoi ?

Car la prévalence du DG augmente actuellement en France. Les principales raisons en sont l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les femmes en âge de procréer (données de l'étude OBEPI en 2009) et l'âge plus tardif de la première grossesse.

• Nouveaux critères diagnostiques

après HGPO (hyperglycémie provoquée par voie orale) avec 75 g de glucose

Ces seuils ont été choisis afin d'optimiser la prévention des complications chez les femmes.

	DG (1 seul critère suffit)	DT2
GAJ	≥ 0,92 g/l (5,1 mmol/l)	≥ 1,26 g/l (mmol/l)
Glycémie à 1 h	≥ 1,80 g/l (10 mmol/l)	
Glycémie à 1 h	≥ 1,53 g/l (8,5 mmol/l)	

Les complications maternelles du DG

- **Femmes enceintes (hyperglycémie) :** pré-éclampsie et complications liées à l'hypertension artérielle (HTA), augmentation de la fréquence des césariennes, augmentation de la fréquence des fausses couches (surtout si DT2 méconnu).
- **Fœtus (hyperinsulinisme) :** macrosomie, dystocie des épaules (non engagement des épaules au niveau du détroit supérieur de la femme, après le dégagement de la tête), retard de croissance intra-utérin (RCIU), malformations fœtales *in utero* (MFIU ; au 3^e trimestre).
- **Nouveau-né :** risque de prématurité, élongation du plexus brachial (secondaire à la dystocie des épaules) avec lésions de degré divers, possible handicap permanent et risque d'encéphalopathie anoxique avec souffrance fœtale aiguë ; ces complications sont encore, fin 2012, la première cause de procès pour les obstétriciens.
- **À la naissance :** détresse respiratoire, hypoglycémies.

NB : la macrosomie est la principale complication néonatale démontrée d'un DG ; sa prévalence est de 10 % dans la population générale et de 17 à 30 % en cas de DG. Elle est définie à l'échographie par un périmètre abdominal dépassant le 95^e percentile et un poids fœtal estimé > 4 kg.

Prise en charge du DG

- La femme enceinte doit être traitée par des mesures diététiques associées à la pratique régulière d'une activité physique (en l'absence de contre-indication). Une autosurveillance glycémique (4 à 6 fois/j) doit être mise en place ; le passage à l'insuline ne se fera que si les objectifs glycémiques (GAJ ≤ 0,95 g/l et glycémie post prandiale = 2 h après le début du repas ≤ 1,20 g/l) ne sont pas atteints après 7 à 10 j d'application des recommandations hygiéno-diététiques.
- Chez le fœtus : il convient de dépister les complications par la surveillance de la mère, clinique (poids et tension) et échographique, ainsi que du rythme cardiaque fœtal au 3^e trimestre ;
- Chez le nouveau-né : surveiller les glycémies néonatales.

Surveillance des femmes enceintes diabétiques au plan obstétrical

En cas de DG équilibré et en l'absence d'autre pathologie ou de facteur(s) de risque associé(s), il n'y a pas d'argument justifiant une prise en charge particulière au moment de l'accouchement. En revanche, si la femme est obèse et/ou hypertendue et/ou

diabétique non contrôlée, une surveillance rapprochée est indiquée avec échographie vers 36 semaines d'aménorrhée (SA), pour ne pas méconnaître une pré-éclampsie ou une toxémie et prévoir l'accouchement si nécessaire.

La décision de la voie d'accouchement est une décision concertée tenant compte des antécédents obstétricaux, de la parité, de la présentation fœtale, des conditions locales du col et du poids fœtal échographique. Une césarienne sera programmée vers 39 SA (attendre une bonne maturation pulmonaire du bébé) chez toutes les femmes ayant un poids fœtal estimé ≥ 4,2 kg, sans pathologie associée (sinon, prévoir un accouchement plus tôt).

Dans le post-partum immédiat

Les femmes ayant eu un DG doivent être surveillées pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement ou bien constater un diabète persistant, justifiant un avis diabétologique. Cette surveillance se fait par une HGPO ou une GAJ, 2 à 3 mois après l'accouchement. Il faut également penser à la prévention thrombo-embolique car les femmes ayant eu un DG, *a fortiori* si elles sont en surpoids ou obèses, sont plus à risque de thrombose en post-partum. De même, la contraception doit être adaptée.

Il n'y a pas de recommandation spécifique concernant l'allaitement.

À plus long terme

Un antécédent de diabète gestationnel augmente le risque de DT2 (x 7), de syndrome métabolique (x 2 à 5), de maladie cardiovasculaire (x 1,7) et de récurrence de DG (30 - 80 %). Une surveillance est donc nécessaire avant toute nouvelle grossesse, et tous les 1 à 3 ans pendant au moins 25 ans. Cette surveillance s'impose chez toutes les femmes ayant eu un DG et de manière plus stricte encore chez celles en surpoids important, ayant eu des glycémies très élevées, un DG dépisté tôt pendant la grossesse et/ou qui ont nécessité de l'insuline.

Conclusion

Aujourd'hui, il faut dépister et prendre en charge les femmes ayant un DG pour réduire le risque de complications à court et long termes pour la grossesse, l'enfant et le devenir métabolique de la patiente. Pendant et au-delà de la grossesse, il convient de surveiller sans inquiéter. |

Déclaration d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

CAROLE EMILE

Biologiste, rédactrice scientifique
carole.emile@biomnis.com

Source

D'après une communication de Véronique Chabert-Orsini (Marseille) – Journées internationales de biologie (JIB) – Novembre 2012.