



Recommandations 2010 du CNGOF sur le diabète gestationnel

 CNIT, Paris-La Défense, 8 décembre 2010
Ch. Vayssière*

La prévalence du diabète gestationnel (DG) serait de 2 à 6 %, mais elle est probablement plus élevée dans certaines populations spécifiques. Selon l'OMS, il s'agit d'un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse. On distingue ainsi deux entités :

- Le 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.
- Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse et disparaissant, au moins temporairement, en post-partum.

Le DG est associé à un risque accru de prééclampsie et de césarienne. Ces risques sont corrélés de façon positive et linéaire au degré de l'hyperglycémie initiale. Le surpoids et l'obésité sont également liés à ces deux complications. Les taux d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale sévère et d'hémorragie du post-partum ne sont pas modifiés par le DG (recommandation de grade B).

Les complications périnatales liées spécifiquement au DG sont rares, mais elles sont plus importantes en cas de DT2 méconnu. L'augmentation modérée de la fréquence des malformations est vraisemblablement liée à l'existence de DT2 méconnus (grade B). Le risque d'asphyxie néonatale et de décès périnatal n'est pas accru dans le cadre du DG (grade B). Les traumatismes obstétricaux et les atteintes du plexus brachial sont des événements rares et l'augmentation du risque en cas de DG n'est pas formellement démontrée. La fréquence rapportée de l'hypoglycémie néonatale sévère en cas de DG est faible.

Sont en faveur d'un dépistage du DG : l'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale associée à l'hyperglycémie maternelle (grade B), 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). Idéalement, la stratégie de dépistage retenue doit permettre d'identifier les femmes à haut risque d'événement pathologique, qui seront aussi les mieux à même de bénéficier d'une prise en charge intensive, préservant ainsi les autres femmes d'une intervention excessive.

Dépistage ciblé

➤ Il est recommandé de dépister le DG en présence d'au moins un des critères suivants (grade A) : âge maternel ≥ 35 ans, IMC (indice de masse corporelle) ≥ 25 kg/m², antécédents de diabète chez les apparentés au premier degré, antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome.

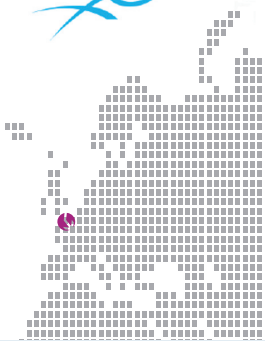
➤ En l'absence de ces facteurs de risque, le bénéfice et le rapport coût/efficacité du dépistage restent à évaluer. Il n'y a donc pas d'arguments suffisants pour recommander un dépistage systématique (accord professionnel). Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelles. Ce dépistage se fera par :

➤ Une glycémie à jeun au premier trimestre (objectif principal étant de diagnostiquer tôt les DT2) [grade B] :
– une glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) définit un DG (seuil déterminé par le consensus international de l'International Association of Diabetes Pregnancy Study Group [IADPSG]) ;

Promoteur : CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), 91, boulevard de Sébastopol, 75002 Paris.

Comité d'organisation : J. Lepercq, président (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), C. Vayssière, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), P. Boulot (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), I. Burdet (Association des mamans diabétiques), G. Criballet (sage-femme, CNSF [Collège national des sages-femmes]), C. Fau (sage-femme, CHU, Paris), H. Grandjean (épidémiologiste, Inserm, Toulouse), U. Simeoni (néonatalogiste, CHU, Marseille), SFN [Société française de néonatalogie], SFMP [Société française de médecine périnatale], A. Vambergue (endocrinologue diabéto-logue, CHRU, Lille), SFD [Société francophone du diabète].

* Hôpital Paule-de-Viguier, CHU de Toulouse, Inserm U1027, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse.



Experts du groupe de travail :

G. Beucher (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), A. Burguet (pédiatre, CHU, Dijon), E. Cosson (endocrinologue diabétologue, CHU, Bondy), P. Deruelle (gynécologue obstétricien, CHRU, Lille), F. Galtier (endocrinologue diabétologue, CHRU, Montpellier), A.M. Guedj (endocrinologue diabétologue, CHU, Nîmes), B. Guyard-Boileau (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), S. Hiéronymus (endocrinologue diabétologue, CHU, Nice), S. Jacqueminet (endocrinologue diabétologue, CHU, Paris), M.F. Jannot-Lamotte (endocrinologue diabétologue, CHU, Marseille), V. Kerlan (endocrinologue diabétologue, CHU, Brest), M. Laloi-Michelin (endocrinologue diabétologue, CHU, Paris), J.P. Le Meaux (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), D. Mitanché (pédiatre, néonatalogiste, CHU, Paris), O. Thiebaugeorges (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy), O. Verier-Mine (endocrinologue diabétologue, CHU, Valenciennes), M. Virally (endocrinologue diabétologue, CHU, Paris).

– une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) définit un DT2.

► Une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24 et 28 SA, avec 75 g de glucose et mesure des glycémies à 0, 1 et 2 heures.

Une valeur atteinte ou dépassée, respectivement 0,92 g/l (5,1 mmol/l), 1,80 g/l (10,0 mmol/l) et 1,53 g/l (8,5 mmol/l) définit le DG (accord professionnel).

Le traitement spécifique du DG (régime diététique, autosurveillance glycémique, insulinothérapie si indiquée) réduit les complications périnatales sévères, la macrosomie fœtale et la prééclampsie, sans majoration des risques de césarienne (grade A). Dans l'état actuel des connaissances, l'objectif actuellement validé est d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/l (grade A). Il n'existe à ce jour aucune étude interventionnelle validant le seuil de 0,92 g/l comme objectif thérapeutique. Il n'existe pas non plus de données suggérant de privilégier la mesure postprandiale à 1 heure ou à 2 heures, ni les seuils à retenir : 1,30 g/l ou 1,40 g/l à 1 heure ou 1,20 g/l à 2 heures. Ce dernier seuil est actuellement à conseiller (grade A). L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A). Les antidiabétiques oraux n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pendant la grossesse et ne sont pas recommandés (grade C).

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). Une échographie supplémentaire en fin de grossesse peut être proposée (accord professionnel). L'utilité de la recherche d'une hypertrophie myocardique fœtale n'est pas démontrée (grade C). En cas de DT2 découvert pendant la grossesse, la surveillance fœtale doit être renforcée à partir de 32 SA.

Pour l'accouchement, en cas de DG bien équilibré par le régime seul ou par l'insuline et sans retentissement fœtal, rien ne justifie une prise en charge différente de celle d'une grossesse normale (grade C). 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 bénéfique/risque materno-fœtale. Le risque de détresse respiratoire du nouveau-né, nettement diminué à partir de 39 SA, fait de cet âge gestationnel l'objectif à atteindre si possible. Devant le

risque accru de dystocie des épaules et de paralysie du plexus brachial, il paraît raisonnable de proposer une césarienne en cas de DG lorsque le poids fœtal estimé est supérieur à une valeur seuil de 4 250 ou 4 500 g (grade C). En cas d'acceptation de la voie basse, le travail ne nécessite pas de surveillance spécifique (accord professionnel). Une insulinothérapie systématique pendant le travail peut provoquer une hypoglycémie maternelle et n'est donc pas recommandée (accord professionnel). Pour les patientes traitées par de fortes doses d'insuline, une concertation préalable avec le diabétologue est préconisée pour décider de la prise en charge pendant le travail (accord professionnel).

Pour l'enfant, Le risque d'hypoglycémie sévère est faible en cas de DG (grade A). La macrosomie augmente le risque d'hypoglycémie (grade B). La surveillance systématique de la glycémie n'est pas indiquée chez les enfants de mère avec DG traité par régime seul et dont le poids de naissance se situe entre le 10^e et le 90^e percentile. La surveillance de la glycémie est recommandée pour les nouveau-nés de mère avec DG traité par insuline ou dont le poids de naissance est inférieur au 10^e ou supérieur au 90^e percentile.

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). Le risque augmente avec le temps et persiste au moins 25 ans (grade C). Le risque de survenue d'un syndrome métabolique est multiplié par 2 à 5 (grade B), et celui de pathologie cardio-vasculaire par 1,7 environ (grade B). Le risque de survenue d'un diabète de type 1 ne semble pas plus fréquent après un DG, mais le DG peut en être le révélateur (grade C). Le risque élevé de DT2 après un DG justifie l'information de la patiente et le dépistage (grade A).

Conclusion

► Le dépistage du DT2 est recommandé lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse, puis tous les 1 à 3 ans selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans (accord professionnel). L'allaitement et la contraception ne justifient pas de différer les tests.

► Le dépistage peut être réalisé par la glycémie à jeun ou par l'HGPO. La sensibilité de la glycémie à jeun pour le diagnostic de DT2 est inférieure à celle de l'HGPO (grade A). Le dosage de l'HbA1c est simple et pragmatique, mais il n'est pas recommandé en France actuellement. ■