

Diabète gestationnel¹: enfin une stratégie de dépistage standardisée!

Daniel Surbek

Geburtshilfe und feto-maternelle Medizin, Universitäts-Frauenklinik, Inselspital, Bern

**gynécologie
suisse**

Jusqu'ici, le dépistage du diabète gestationnel chez les femmes enceintes en Suisse n'était effectué que sporadiquement et de manière très variable. Plusieurs importants résultats d'études ont très récemment été publiés qui montrent l'importance d'une technique de dépistage standardisée du diabète gestationnel. La Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, en collaboration avec des représentants de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie, a donc élaboré de nouvelles recommandations pour la Suisse, compatibles avec les directives internationales et les recommandations d'importantes sociétés de discipline nationales. En raison de leur importance, elles sont présentées ici comme «Highlight» de la spécialité gynécologie et obstétrique.

Recommandation de base

Il est désormais recommandé de faire un dépistage du diabète gestationnel chez toutes les femmes enceintes entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse par un test d'hyperglycémie provoquée, c.-à-d. dosage de la glycémie à jeun et 1 et 2 heures après la prise orale de 75 g de glucose.

Le diabète gestationnel (GD) est une perturbation du métabolisme du glucose diagnostiquée pour la première fois par dépistage systématique après la 24^e semaine de grossesse et disparaissant après l'accouchement. Son traitement permet de prévenir les très importants risques suivants: macrosomie fœtale (césarienne, dystocie des épaules, traumatismes obstétricaux maternels et infantiles), hyperinsulinisme fœtal (hypoglycémie néonatale) et séquelles à long terme du fœtus/de l'enfant d'une hyperglycémie (syndrome métabolique, ou «fetal programming»).

Deux importantes études randomisées ont été récemment publiées [1, 2] qui ont montré que le traitement de femmes ayant un DG modéré est associé à un bénéfice périnatal. Une étude d'observation (HAPO) a en outre montré qu'il y a d'une part une relation entre glycémie et certaines évolutions périnatales défavorables, et de l'autre un seuil clair permettant de définir très nettement un DG [3].

Plusieurs sociétés internationales de diabétologie et de gynécologie-obstétrique, de même que des organisations internationales (OMS/WHO, International Diabetes Federation et autres) ont repris les recommandations de dépistage du DG de l'ADPSG [4]. Ces recommandations se basent sur les résultats de l'étude HAPO pour fixer le type de test de dépistage et définir la glycémie critique permettant de diagnostiquer un

DG chez les femmes enceintes. Dans le choix de ce seuil, le groupe d'experts se réfère à l'augmentation du risque relatif (Odds ratio) de macrosomie et/ou d'augmentation du peptide C d'environ 1,75 dans le sang du cordon.

Quelle est la méthode de dépistage recommandée?

Méthode standard

La méthode standard est un test d'hyperglycémie provoquée avec 75 g de glucose chez toutes les femmes enceintes entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse.

Les seuils de diagnostic d'un DG sont:

- glycémie à jeun $\geq 5,1$ mmol/l
- glycémie à 1 heure ≥ 10 mmol/l
- glycémie à 2 heures $\geq 8,5$ mmol/l

Un seul résultat pathologique suffit pour poser le diagnostic de DG, tout en tenant compte de ce qui suit:

- Le dosage du glucose doit se faire dans le plasma veineux. Il est important de s'assurer que la femme est vraiment à jeun depuis minuit. Le sang capillaire ne satisfait pas les exigences en matière de dosage précis de la glycémie.
- Pour le dosage du glucose, il faut utiliser un tube spécial enduit d'un inhibiteur de la glucose-oxydase, faute de quoi le résultat augmente de 1 mmol/l par heure d'attente du dosage.

Y a-t-il des méthodes de dépistage alternatives?

Méthode à deux temps

D'abord, une glycémie à jeun est dosée. Si elle est $\geq 5,1$ mmol/l (et si la femme est vraiment à jeun) le diagnostic de DG est posé et il est possible de se passer de la prise orale de 75 g de glucose, que certaines femmes enceintes ressentent comme très désagréable. Si elle est $< 4,4$ mmol/l le diagnostic de DG est peu probable (sensibilité 95%) et il est également possible de renoncer au test d'hyperglycémie provoquée et à tout autre dosage de la glycémie. Cette variante permettrait de renoncer à l'hyperglycémie provoquée chez 40–45% des femmes ($< 4,4$ mmol/l: 35% et $\geq 5,1$ mmol/l: 8,3%). La condition



Daniel Surbek

L'auteur n'a déclaré aucune obligation financière ni personnelle en rapport avec l'article soumis.

1 Texte modifié d'après: Boulvain M, Brändle M, Drack G, Hoesli I, Honegger C, Lehmann R, Raio L, Singer M, Troendle A, Zimmermann R, Surbek D. Screening des Gestationsdiabetes. Lettre d'experts n° 37. Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique SSGO; juin 2011. http://sggg.ch/de/members_news/1005.

de cette stratégie est que le résultat soit donné très rapidement ou s'il est entre 4,4 et 5,0 mmol/l le test d'hyperglycémie provoquée avec 75 g de glucose éventuellement nécessaire soit effectué un autre jour. Pour obtenir rapidement le résultat du plasma veineux, une stratégie justifiable est d'utiliser un appareil rapide avec une variabilité $\leq 3\%$ (par ex. «Hemocue 201®», qui utilise du sang complet et corrige le résultat en fonction de la calibration du plasma, ou «Fuji-Drichem», qui utilise du plasma et impose donc une centrifugation préalable du sang).

Limitation aux résultats à jeun et à 1 heure

L'alternative suivante est également valable bien que sa sensibilité soit moins bonne et qu'elle présente peu d'avantages sur la méthode standard: elle se limite au dosage des glycémies à jeun et 1 heure après prise orale de 75 g de glucose. Sa sensibilité est diminuée à 87% par rapport au test complet. La femme enceinte doit quand même prendre les 75 g de glucose et le seul avantage est une prise de sang de moins que dans la méthode à deux temps.

Quelles alternatives ne sont plus justifiables?

- Le dépistage en deux temps basé sur le test initial d'O'Sullivan (50 g de glucose oral et dosage de la glycémie à 1 heure) ne peut plus être recommandé en raison de sa très mauvaise sensibilité (60–80% en fonction de la définition du seuil).
- Un diagnostic basé sur le dosage de l'HbA_{1c} ne vaut rien car il n'y a aucune corrélation entre son résultat et les évolutions périnatales défavorables (étude HAPO).

Dépistage du DG au 3^e trimestre?

Si le dépistage n'a pas été effectué entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse, il doit être rattrapé dès que possible au 3^e trimestre. S'il n'est fait que très tard (par ex. après la 36^e semaine de grossesse) un dosage de la glycémie à jeun ($\geq 7,0$ mmol/l) et/ou postprandiale ($\geq 11,1$ mmol/l) peut suffire car un traitement éventuellement nécessaire à ce stade de la grossesse n'aura plus qu'un effet très limité.

Il est possible qu'une femme ayant eu un résultat normal du dépistage aux semaines 24–28 présente d'autres facteurs de risque plus tardivement dans sa grossesse (par ex. polyhydramnios, suspicion de macrosomie, traitement prolongé par progestérone ou corticostéroïdes). En tenant compte de la situation clinique individuelle, il est possible dans de telles situations d'envisager un second dépistage (glycémie à jeun ou test avec 75 g de glucose).

Quand faire un dépistage d'un diabète lors du premier contrôle de grossesse?

Si une femme a un ou plusieurs facteurs de risque de diabète de type 2 le dépistage d'un diabète est recom-

mandé lors du premier contrôle de sa grossesse. Ces facteurs de risque sont:

- Obésité (BMI >30)
- Origine: non-caucasienne et/ou migrante
- Anamnèse familiale positive pour un diabète de type 2 (parenté au premier degré)
- Anamnèse personnelle positive pour un diabète gestationnel
- Syndrome des ovaires polykystiques

Ce dépistage se fait par dosage de la glycémie à jeun ($\geq 7,0$ mmol/l) et/ou 2–3 heures postprandiales ($\geq 11,1$ mmol/l, à 2 reprises).

Contrôles en postpartum

Les femmes ayant un diabète gestationnel ont un risque accru de diabète de type 2 par la suite. En plus de cela, un certain nombre de diagnostics «diabète gestationnel» est en réalité un dépistage positif d'autres formes de diabète diagnostiquées pendant la grossesse (diabète de type 2, MODY). C'est pourquoi il est recommandé de procéder à un dépistage complet du diabète chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel, après leur accouchement.

La recommandation générale est de faire le test après la période d'allaitement ou dès la reprise des règles. Malheureusement, ce dépistage n'est effectué que chez une petite partie de ces femmes [5]. Donc nous conseillons de le faire lors du contrôle de routine 4–8 semaines postpartum. La méthode recommandée est de doser la glycémie à jeun ($\geq 7,0$ mmol/l) et/ou après test d'hyperglycémie provoquée avec 75 g de glucose ($\geq 11,1$ mmol/l à 1 heure) et/ou de doser l'HbA_{1c} (>6,5%). Selon les facteurs de risque, ce dépistage doit être renouvelé tous les 1 à 3 ans.

Correspondance:

Prof. Daniel Surbek
Chefarzt Geburtshilfe und fetomaternale Medizin
Universitäts-Frauenklinik, Inselspital
Effingerstrasse 102
CH-3010 Bern
[daniel.surbek\[at\]insel.ch](mailto:daniel.surbek[at]insel.ch)

Références

- 1 Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2477–86.
- 2 Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, Casey B, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med.* 2009;361(14):1339–48.
- 3 Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med.* 2008;358(19):1991–2002.
- 4 International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care.* 2010;33:676–82.
- 5 Stassenko M, Liddell J, Cheng YW, Sparks TN, Killion M, Caughey AB. Patient counseling increases postpartum follow-up in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(6):522.e1–6. Epub 2011 Apr 22.