

Diabète gestationnel (item 17B)

Objectifs :

Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge du Diabète gestationnel.

Introduction

Le diabète gestationnel (DG) est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable, survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement.

On regroupe ainsi :

- Les diabètes " pré-gestationnels " non-diagnostiqués avant le début de la grossesse ; le diagnostic sera fait après l'accouchement par la persistance du trouble,
- Les troubles directement liés à la grossesse.

La prévalence du diabète gestationnel est de l'ordre de 3 à 6% de toutes les grossesses.

Dépister le diabète gestationnel a un intérêt majeur en terme de santé publique en identifiant une population à risque de diabète après la grossesse et en permettant de réduire le risque d'obésité et diabète de l'enfant par une prise en charge maternelle et des conseils alimentaires.

I. Quelles sont les conséquences du diabète gestationnel (DG)?

1° A court terme :

Conséquences maternelles : HTA gravidique, sensibilité aux infections,

Conséquences foetales et néonatales : macrosomie, excès de Liquide amniotique, mort in utero (très rare), dystocie des épaules avec risque de traumatismes foetaux (mort per-partum, paralysie du plexus brachial, fracture de l'humérus,...), détresse respiratoire et complications métaboliques néonatales (hypoglycémie et hyperbilirubinémie en particulier).

Conséquences obstétricales : Césariennes.

2° A long terme :

Pour les femmes ayant eu un DG : risque de développer un diabète non insulino-dépendant (dans 15 à 60% des cas selon les groupes étudiés et la durée de suivi),

Les enfants sont plus souvent atteints d'obésité, pathologie qui constitue un facteur de risque cardiovasculaire, et de diabète non-insulino-dépendant (DNID).

II. Quelles sont les modalités de dépistage ?

Il apparaît clairement qu'il existe un continuum associant la glycémie et certaines des complications du DG. La définition d'un seuil glycémique diagnostique du DG repose donc sur un consensus pragmatique.

La stratégie présentée ici, a été élaborée à l'occasion de l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique par le C.N.G.O.F. et L'AL.F.E.D.I.A.M.

D'autres stratégies sont envisageables :

- Dépistage ciblé,
- Dépistage par le test de l'OMS à 75g de glucose,
- Dépistage par des glycémies,...

Modalités actuelles du dépistage

Le dépistage doit s'adresser à toutes les femmes et pas seulement à celles qui ont des facteurs de risque (antécédent familial de diabète, obésité, âge > 35 ans, antécédents obstétricaux de pré-eclampsie, mort in utero, macrosomie, malformation). En effet, ils sont absents chez 30 à 40% des femmes ayant un DG.

Le dépistage doit être réalisé entre 24 et 28 SA.

Chez les femmes ayant un des facteurs de risque précités ou ayant présenté un diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse, il doit être pratiqué dès la première consultation puis, s'il est négatif, renouvelé à 24-28 SA voire à 32 SA.

Le dépistage repose sur le test d'O'Sullivan, consistant à doser la glycémie veineuse 1 heure après ingestion de 50 g de glucose, que la femme soit à jeun ou non. Il n'est pas nécessaire de mesurer la glycémie à jeun.

Le dépistage est considéré comme positif si la glycémie est >1,30 g/l (7,2 mmol) ou 1,40 g/l (7,8 mmol) en fonction de la sensibilité désirée; le seuil de 1,30 g/l offre une sensibilité de 100% mais est associé à un nombre plus élevé de faux positifs.

III. Quelle est la CAT en cas de test de dépistage positif ?

Ce test est positif chez 20 à 25 % des femmes enceintes.

En cas de dépistage positif, il est nécessaire de réaliser un test diagnostique qui repose actuellement sur l'HGPO à 100 g de glucose. Toutefois, si la glycémie au cours du test d'O'Sullivan est > 2g/l (11,1 mmol), le diagnostic de DG ne nécessite pas d'HGPO et la femme doit être traitée.

Afin d'optimiser la prise en charge thérapeutique, il est souhaitable que le délai entre le test d'O'Sullivan et l'HGPO ne dépasse pas 7 jours.

L'HGPO à 100 g doit être réalisée le matin, chez une femme à jeun et au repos pendant la durée du test et n'ayant pas modifié son alimentation habituelle; une glycémie veineuse doit être mesurée aux temps 0, 60, 120 et 180 mn. Le diagnostic de DG est posé sur la présence de 2 valeurs supérieures ou égales aux seuils suivants: 0,95 1,80 1,55 1,40 g/l soit 5,3 10,1 8,7 7,8 mmol (critères de Carpenter et Coustan).

La constatation d'une seule valeur anormale est considérée par certains comme une anomalie de la tolérance au glucose qui justifie de refaire le test diagnostique et/ou une surveillance accrue de ces femmes.

N.B. :

- L'OMS propose d'utiliser le test d'HGPO avec 75 g de glucose, pour faire, en une étape, le diagnostic de DG. Cette procédure est actuellement en cours d'évaluation,
- Le dépistage et le diagnostic de DG ne doivent pas reposer sur la recherche d'une glycosurie ni sur la mesure de l'hémoglobine glyquée ou de la fructosamine,
- Lorsque le diagnostic de DG a été porté, il est souhaitable d'éliminer la possibilité d'un diabète de type I débutant par une recherche d'anticorps anticellules d'Ilots de Langerhans réalisée dans un laboratoire de référence.

IV. Quelle est la prise en charge en cas de diabète gestationnel diagnostiqué à 27 SA ?

La prise en charge sera multidisciplinaire :

1° Prise en charge diabétologique

Le diagnostic de diabète gestationnel doit conduire à:

1) Une prise en charge rapide car l'efficacité d'un traitement précoce est meilleure,

2) Une surveillance diabétologique associant :

Autosurveillance glycémique quotidienne à l'aide d'un lecteur de glycémie capillaire, au minimum le matin à jeun et 2 h après le début de chacun des trois principaux repas. C'est sur les valeurs de glycémie qu'une décision de modifications thérapeutiques peut être prise (la fructosamine et l'hémoglobine glyquée ne permettant pas une adaptation assez rapide),

Mesure des glycémies veineuses à jeun et 2 h après le repas, éventuellement pour prendre la décision d'une adaptation thérapeutique et, de toute façon, à titre de contrôle de qualité tous les quinze jours,

Recherche pluri-quotidienne d'une cétonurie,

Consultations fréquentes (tous les 15 voire 8 jours) avec l'équipe diabétologique (médecin, infirmière, diététicienne).

Les objectifs glycémiques sont une glycémie à jeun < 0,95 g/l (5,3 mmol) et une glycémie mesurée 2 h après chaque repas < 1,20 g/l (6,7 mmol).

3) Le traitement doit toujours comporter une prescription diététique adaptée à chaque cas après enquête alimentaire, tenant compte du poids pré-gestationnel et de la prise de poids et s'appuyant sur les principes suivants :

L'alimentation comporte 50% de glucides, en privilégiant les glucides de faible index glycémique et les fibres,

La ration énergétique totale est répartie en trois repas et trois collations,

Le niveau énergétique quotidien peut être réduit d'un tiers en cas d'obésité, sans descendre en dessous de 1600 Kcal. Le niveau énergétique peut également être réduit lorsque la prise pondérale dépasse 1,8 kg/mois chez la femme de poids normal, 0,9 kg chez la femme obèse. Dans les autres situations, les apports sont de l'ordre de 1800 à 2200 Kcal/j. Dans tous les cas, la présence d'une cétonurie fréquente doit faire élargir la ration énergétique.

4) L'insulinothérapie doit être instaurée:

Si le régime ne suffit pas à obtenir les objectifs glycémiques fixés, une insulinothérapie doit être instaurée. L'insulinothérapie est de mise, d'emblée, si la glycémie à jeun est supérieure à 1,30 g/l.

5) Dans la mesure du possible, le maintien d'une activité physique compatible avec la grossesse doit être encouragé.

2° Prise en charge obstétricale

Lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et en l'absence de complications, la surveillance et l'accouchement ne présentent pas de particularité.

Dans les autres cas, la surveillance est directement liée au degré d'équilibre glycémique et à la survenue de complications. La fréquence des explorations sera fonction du degré de gravité évalué par l'ensemble des cliniciens. Si des complications surviennent (HTA, menace d'accouchement prématuré, hypotrophie), la surveillance sera identique à celle de toute grossesse compliquée.

En cas de mauvais contrôle glycémique ou de suspicion de macrosomie, Hydramnios, il est nécessaire d'étudier la croissance et la vitalité fœtales par échographie et cardiotocographie en vue d'une éventuelle extraction fœtale.

N.B. : L'utilisation de bêta-mimétiques, quelque soit sa modalité d'administration est contre indiquée. Le risque est la survenue d'une acido cétose.

3° Prise en charge anesthésique

V. Quelles sont les particularités de l'accouchement d'une femme diabétique (diabète gestationnel) ?

- Conduite de l'accouchement

Il n'y a pas lieu de modifier les conduites obstétricales si le diabète gestationnel est bien équilibré et en l'absence de complications. La césarienne d'emblée pour DG n'est pas justifiée (pas de bénéfice néonatal, augmentation de la morbidité maternelle).

L'accouchement avant terme n'a pas d'indication sauf en cas de complications surajoutées (pré-éclampsie, retard de croissance intra-utérin, anomalies de la vitalité foetale). En cas de diabète déséquilibré et ou de retentissement foetal (macrosomie, hypertrophie septale), la surveillance doit être rapprochée et instituée dans un centre de niveau 2-3.

- Prise en charge du nouveau-né

L'enfant bénéficie à la naissance d'un examen clinique complet, en particulier à la recherche d'une malformation dans l'éventualité, rare, d'un diabète pré-gestationnel méconnu.

L'alimentation doit être débutée dès la naissance, au sein ou au biberon.

La surveillance doit être renforcée pendant au minimum les 24 premières heures.

- Prise en charge de la mère

Pendant l'accouchement, la glycémie sera surveillée par prélèvements capillaires régulièrement.

L'allaitement doit être conseillé. Il contribue au retour à la normale de la tolérance au glucose à distance de l'accouchement.

Une surveillance glycémique doit être maintenue pendant quelques jours pour vérifier le retour à la normale des glycémies. En cas de persistance d'une hyperglycémie, la possibilité d'un diabète pré-gestationnel ou d'un diabète de type 1 démasqué par la grossesse doit être évoquée et la prise en charge diabétologique doit être poursuivie ou ré-instaurée rapidement.

VI. A la sortie de la maternité, quelles sont les recommandations faites à la jeune accouchée ?

La contraception par les oestroprogestatifs n'est pas contre-indiquée du seul fait de l'antécédent de diabète gestationnel, sous réserve d'une normalisation des glycémies et d'un contrôle sous traitement.

Le choix d'un contraceptif doit être prudent car certains progestatifs utilisés seuls ou en traitement combiné pourraient favoriser l'évolution vers le DNID chez une femme ayant eu un DG.

Il est nécessaire de contrôler la tolérance au glucose, 3-6 mois après l'accouchement.

A distance de cette période, il est nécessaire de surveiller régulièrement la tolérance au glucose de ces femmes et de mettre en oeuvre des mesures préventives: normalisation ou stabilisation du poids, maintien d'une activité physique régulière, limitation des autres facteurs de risque vasculaire, car le diabète gestationnel constitue un marqueur précoce du risque de survenue d'un diabète non insulino-dépendant..

Il n'y a pas de consensus sur les modalités de la surveillance; néanmoins une HGPO à 75 g tous les 12 à 24 mois peut être proposée.

En cas de nouvelles grossesses, un diagnostic de DG doit être assuré.

Concernant l'enfant, le risque d'obésité et de diabète non insulino-dépendant est augmenté chez ces enfants. Une surveillance régulière des enfants et une éducation nutritionnelle de la mère et de l'enfant sont donc nécessaires.

Points essentiels :

Dépister le diabète gestationnel a un intérêt de santé publique : dépister une population à risque de diabète non-insulino-dépendant.

Le dépistage sur des facteurs de risque a une sensibilité insuffisante 60 à 70%.

Le dépistage repose sur le test d'O'Sullivan.

Le diagnostic repose sur l'HGPO à 100 g.

La prise en charge est pluridisciplinaire : obstétricien, diabétologue, anesthésiste et pédiatre.

En l'absence de prise en charge, les risques sont maternels (HTA, infections urinaires), foetaux (macrosomie, détresse respiratoire et complications métaboliques) et infantiles (obésité et DNID),

Le plus souvent, un régime hypocalorique (1800 à 2200 Kcal/j) et hypoglycémique (50%) est suffisant.

L'allaitement maternel sera conseillé. Il contribue au retour à la normale de la tolérance au glucose à distance de l'accouchement.

Un bilan diabétologique sera réalisé 3-6 mois après la naissance.

La contraception oestro-progestative n'est pas contre-indiquée sous certaines conditions.

Au cours d'une grossesse ultérieure, le risque de DG est supérieur à 40%.