

## Diabète gestationnel: dépistage systématique ou ciblé?

Le diabète gestationnel (DG) est défini par une anomalie de la tolérance au glucose découverte à l'occasion de la grossesse. Il est habituellement dépisté entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse par une élévation de la glycémie au-dessus de 1,40g/l une heure après 50g. de glucose pris à n'importe quel moment de la journée (test de O'Sullivan), et confirmé par l'HGPO.

Jusqu'à maintenant de nombreuses recommandations en France et dans le monde préconisaient son dépistage pour toutes les femmes enceintes<sup>1,2</sup>. Cependant de nombreux travaux discutent cette attitude. On doit se poser à ce sujet les questions classiques pour un dépistage: la fréquence de la maladie et ses conséquences le justifient-elles ? L'examen utilisé est-il valide et sûr et ses conséquences acceptables ? Les mesures mises en oeuvre à partir de ce dépistage ont-elles fait la preuve de leur efficacité ?

La fréquence du DG est faible (2 à 3% des femmes enceintes). Il est associé à une augmentation de la morbidité foeto-maternelle: essentiellement macrosomie (poids de naissance >4500gr) avec ses conséquences obstétricales, et prééclampsie. Une augmentation de la mortalité périnatale associée, montrée par quelques études avec biais méthodologiques, n'est pas formellement démontrée, sans doute du fait de l'incidence basse de ces complications dans une population de femmes enceintes déjà réduite. Le DG n'est par ailleurs pas la principale cause de macrosomie, il vient après l'obésité et les grossesses prolongées. Seulement 5% des nouveau-nés de mères avec DG pèsent plus de 4.500g. Mais 30 à 50% des femmes ayant eu un DG auront un diabète avéré dans les 20 années suivantes. Le test de O'Sullivan a une sensibilité autour de 80% et une spécificité autour de 90%. Pour ce qui est de l'utilité du dépistage, le bénéfice des interventions mises en oeuvre à la suite de sa découverte n'a pas été démontré nettement<sup>2,3</sup>. Aussi le dépistage du DG est recommandé par tous les auteurs. Son caractère systématique, ou simplement ciblé aux femmes à risque, reste discuté. Une étude canadienne récente apporte des informations pour répondre à cette question<sup>4</sup>.

Dans une analyse rétrospective de 3.131 femmes enceintes soumises à la fois au dépistage et aux tests diagnostiques, les auteurs ont réparti deux groupes équivalents, un groupe d'étude et un groupe de validation. Dans le groupe d'étude les femmes ont été classées et un score établi selon trois risques de DG: âge (<30, 31-34, >35), index de masse corporelle (IMC) avant la grossesse (<22, 22-25, >25) et race. Trois stratégies ont été définies en fonction des scores obtenus: faible risque (< 35 ans et pas d'autre facteur de risque): pas de dépistage; risque moyen, dépistage classique; haut risque: utilisation d'un

seuil de positivité plus bas au test de dépistage, à 1,30 pour demander les tests de confirmation. Après validation par le groupe témoin, les auteurs concluent à la validité de cette stratégie de dépistage sélectif qui permet de réduire de 34,6% le nombre des femmes soumises à un test de dépistage, sans altérer le taux de détection (81,2% vs 78,3%) mais en réduisant le taux de faux positifs (15,4% vs 17,9%, p 0,001). Les auteurs concluent que leur étude permet d'envisager une nouvelle approche du dépistage du DG épargnant les problèmes du dépistage à plus d'un tiers des femmes, sans diminuer les taux de détection.

Cette étude nuance les positions classiques et se rapproche de la dernière recommandation de l'American Diabetes Association (ADA) qui recommande de baser le dépistage sur les facteurs de risque<sup>5</sup>, et de celle de l'ANDEM qui écrit: "L'état actuel des connaissances ne permet pas de se prononcer sur l'intérêt de la réalisation d'un dépistage du diabète gestationnel étendu à toutes les femmes enceintes. Les bénéfices de ce dépistage en terme de santé mortalité-morbidité périnatale et plus généralement de santé publique sont à démontrer"<sup>6</sup>. L'ANDEM ne précise pas plus, alors que les textes réglementaires français actuels rendent seule obligatoire la glycosurie (pourtant de sensibilité et spécificité incertaine dans ce domaine). Dans l'état actuel, il nous semble qu'un dépistage ciblé soit raisonnable; il faut conserver comme critères les facteurs de risque classiques (antécédents familiaux, antécédents de macrosomie et de mort foetale inexplicquée), l'excès de poids avant la grossesse (IMC >22) et l'âge (en l'absence d'autre facteur de risque, l'étude de Naylor conseille le dépistage après 35 ans, et l'ADA après 25 ans).

1 - CNGOF et ALFEDIAM. Le diabète gestationnel. Guide pour la pratique clinique. Diabetes et Metabolism 1997 23;sup 5:5-50

2 - in Greene MF. Screening for gestational diabetes mellitus. N. Engl. J. Med. 1997, 337, 22, 1625-1626

3 - Beaulieu MD. Dépistage du diabète gestationnel. Guide canadien de médecine clinique préventive. 1994, 18-26

4 - Naylor CD et al. Selective screening for gestational diabetes mellitus. N Engl J Med 1997;337,22,1591-6

5 - American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Clinical practice recommendations 1998 Diabetes Care supplément 198 S

6 - ANDEM. La surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé et sans antécédents pathologiques. Recommandations et références médicales 1996, n°3. Conc. Med. 1996, 40(supp), 3-12

**Mots clé:** Diabète, grossesse, dépistage

*Numéro 90 du 5 février 1998*