

Dépistage du diabète gestationnel : toujours controversé ?

Mots
clés :

Diabète
Gros-
sesse
Dépis-
tage

Le diabète gestationnel (DG) est défini par une anomalie de la tolérance au glucose découverte durant la grossesse. Il survient dans 3 à 6% des grossesses. Il est habituellement dépisté entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse par l'élévation de la glycémie, 1 heure après prise de 50 gr de glucose (test de O'Sullivan), confirmé par l'HGPO¹. Pour les instances françaises spécialisées (CNGOF et ALFEDIAM) ce dépistage doit être systématique². Chez les anglo-saxons, s'il est réalisé par la majorité des obstétriciens, son caractère systématique fait l'objet de controverses. Ainsi l'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) concluait en 2003 que les preuves étaient insuffisantes pour recommander ou récuser un dépistage systématique³. Une étude récente conduit à réanalyser la question⁴.

Les données retenues jusqu'ici.

Il faut distinguer le DG du diabète prégestationnel où les risques pour mère et enfant sont largement prouvés³.

Quels sont les risques du DG non traité ?

Pour l'enfant, la macrosomie est le premier : un poids de naissance > 4 kg est observé dans 17 à 29% des cas de DG (10% en l'absence de DG). Il en résulte des blessures du plexus brachial et des fractures de la clavicule (2 à 6% des cas ; 80 à 95% guérissent sans séquelles)³. L'hypoglycémie néonatale est plus rare (données incertaines)³. Le DG n'augmente pas le taux de malformations congénitales et de mortalité périnatale⁵.

Pour la mère, on relève une augmentation du nombre de césarienne (entre 22 et 30% vs environ 17% en l'absence de DG), du nombre de déchirures du périnée, du risque de développement ultérieur d'un diabète de type 2. Il ne semble pas y avoir d'augmentation du risque de pré-éclampsie³.

Quelle est la valeur des tests diagnostiques ?

L'approche se fait généralement en 2 temps entre 24 et 28 semaines de grossesse : test de O'Sullivan (glycémie 1 heure après la prise de 50 g de glucose) et, en cas de glycémie >1,30 ou 1,40 (selon les auteurs), hyperglycémie provoquée après 75 g de glucose. Cette approche a une sensibilité de 80%, une spécificité de 85%⁵.

L'étude Achois apporte des données de bon niveau de preuve en faveur de l'utilité du traitement en cas de DG avec élévation glycémique modérée. Ce n'était pas une étude sur le dépistage, mais dans le groupe contrôle les patients n'avaient pas été informés de l'anomalie glucidique, et donc traités comme des patients non dépistés. Le bénéfice obtenu aurait peut-être été encore plus net si le groupe contrôle avait été du tout venant.

Que retenir pour la pratique ?

- **Le traitement du DG est bénéfique pour la mère et l'enfant.** Cela pourrait justifier le dépistage large, voire systématique⁵, bien que l'intérêt sur le pronostic à long terme pour la mère et l'enfant ne soit pas encore clairement établi.

- **Des incertitudes persistent** : sur les seuils, les modalités de prise en charge (place des hypoglycémiantes oraux ?). Des essais sont actuellement en cours⁵.

Au-delà du dépistage, **la prévalence du DG**, actuellement entre 3 et 7% des femmes enceintes, **semble augmenter, peut-être parallèlement à l'obésité maternelle, ce qui suppose une prise de conscience largement en amont de la grossesse.**

Le traitement intensif du DG (régime et si besoin insuline) est-il efficace ? C'était jusqu'à maintenant peu démontré, particulièrement en cas d'élévation glycémique légère³.

L'étude ACHOIS (Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women)⁴ :

1000 femmes présentant un DG entre 24 et 34 semaines de gestation ont été incluses, en excluant diabètes prégestationnels ou élévation glycémique nettement de type diabétique. Après randomisation, 510 ont eu un suivi classique laissé à l'appréciation du praticien, 490 une prise en charge intensive associant conseils diététiques, auto-surveillance glycémique et si besoin insulinothérapie (20 % des femmes du groupe intervention ont reçu de l'insuline vs 3 % du groupe contrôle). Les complications périnatales sérieuses (décès, dystocie des épaules, fractures osseuses, paralysie par atteinte périphérique) ont été moins fréquentes dans le groupe intervention (1% vs 4%, p=0,01), associées à une baisse moyenne du poids de naissance de 145 g (p<0,001), avec 2 fois moins de macrosomies. Le taux de césariennes a été identique dans les 2 groupes malgré un taux d'induction du travail supérieur dans le groupe intervention (39% vs 29%). A 3 mois, les femmes du groupe intervention avaient des scores de dépression inférieurs à celles du groupe contrôle.

Références :

- 1 - Collectif. Diabète gestationnel : dépistage systématique ou ciblé ? *Bibliomed*. 1998; 90.
- 2 - Fontaine P. Diabète gestationnel. *Rev Prat*. 2003, 53, 1894-99
- 3 - USPSTF. Screening for gestational diabetes mellitus. Consulté le 16/8/05 sur <http://www.preventiveservices.ahrq.gov>
- 4 - Crowther C et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2005; 352:2477-86.
- 5 - Kelly L et al. Controversies around gestational diabetes. *Practical information for family doctors. Can Fam Physician*. 2005; 51: 688-95
- 5 - Greene MF et al. Gestational diabetes mellitus. *Time to treat. NEJM* 2005; 352:2544-6.