

DIABETE ET GROSSESSE: Quand et comment dépister?

Dr Jérôme Potin
Gynécologue-Obstétricien

Centre Olympe de Gouges
CHU de Tours

Président du Réseau Périnat
Centre Val de Loire

19èmes Rencontres Tourangelles
du Collège de Gynécologie Centre Val de Loire
23 septembre 2016

Définition du diabète gestationnel (DG)

- Définition OMS:
trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.

Collège de Gynécologie CM

Prévalence du DG

- Complication de la grossesse en constante augmentation en rapport avec les facteurs de risque de la maladie: évolutions des habitudes alimentaires, augmentation de l'âge maternel moyen lors des grossesses, élévation de l'indice de masse corporelle (IMC)...
- Estimation fournie en 2008 par le réseau Audipog (avec les critères en vigueur à cette date): 5%
Venditelli F et coll, Audipog perinatal network Part 1: principal perinatal health indicators 2004-2005 Gynecol Obstet Fertil 2008;36(11):1091-1100
Entre 5 et 10 % en 2010 en fonction du type de dépistage;
CNGOF RPC sur le diabète gestationnel Novembre 2010
- Importance du type de dépistage choisi

Recommandations pour la pratique clinique sur le DG (Novembre 2010)

- ❑ Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et par la Société francophone du diabète (SFD).
- ❑ Choix d'un dépistage ciblé (uniquement sur des patientes avec des facteurs de risque).
- ❑ Choix d'un dépistage au 1^{er} trimestre par une glycémie à jeun ($< 0.92\text{g/l}$)
- ❑ Choix d'un dépistage, si le premier est négatif, entre 24 et 28 SA par une HGPO à 75 g de glucose ($H0 < 0.92\text{g/l}$, $H1 < 1.80\text{g/l}$, $H2 < 1.53\text{g/l}$).
Un critère pathologique permet le diagnostic de DG.

Recommandations pour la pratique clinique sur le DG (Novembre 2010)

- « Nous recommandons le dépistage du DG en présence d'au moins un des critères suivants (grade A):
 - âge maternel > 35 ans
 - IMC > 25 kg/m²
 - antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré
 - Antécédents personnels de DG
 - Antécédents d'enfant macrosome (> 90 centile/terme de naissance). »

Recherche de DG au 3ème trimestre (RPC Novembre 2010)

- ❑ Chez les femmes ayant des facteurs de risque qui n'ont pas eu de dépistage du DG, celui-ci peut être fait au 3e trimestre, au minimum par une glycémie à jeun et au mieux par une HGPO.
- ❑ La mise en évidence de biométries foetales supérieures au 97e percentile ou d'un hydramnios chez une femme sans facteurs de risque doit faire rechercher un DG (accord professionnel).

Collège de Gynécologie CVL

Pourquoi un dépistage du DG?

- Hyperglycémie incontrôlée source de complications maternelles et fœtales.

- Etude HAPO HAPO Study Cooperative Research Group: The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. *Intl J Gyn Ob.* 78:69–77, 2002

environ 23 000 grossesses et nées
augmentation du nombre de macrosome, prééclampsie,
accouchement prématuré, césarienne, traumatisme à
l'accouchement, hospitalisation en réanimation néonatale..
Pas de seuil de glycémie pour prévenir ces complications.
Augmentation linéaire des risques.

Prévalence du Dg dans la cohorte HAPO: 18%

- Prise en charge du DG: diminution du risque de césarienne et de pré éclampsie.

Mission et coll. Gestational diabetes screening with the new IADPSG guidelines: a cost-effectiveness analysis. *AJOG* 2012;207(4):326–19

Pourquoi un dépistage au 1^{er} trimestre?

- ❑ « La glycémie à jeun diminue peu au cours de la grossesse (grade B). En début de grossesse, il est admis de porter le diagnostic de DT2 sur une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) (accord professionnel). Nous proposons comme seuil pour le diagnostic de DG la valeur de 0,92 g/l (5,1 mmol/l) de glycémie à jeun définie par un consensus international, l'International Association of Diabetes Pregnancy Study Group (IADPSG). Il faut cependant noter que la pertinence de ce seuil n'a pas été évaluée au premier trimestre (accord professionnel). »
- ❑ Dépister le diabète de type 2 et le prendre en charge précocement.
- ❑ Nouvelle définition du diabète gestationnel

Pourquoi un dépistage en un temps entre 24 et 28 SA?

- ❑ Long débat d'experts sur le sujet. International Association of Diabetes Pregnancy Study Group (IADPSG) juin 2008, 225 médecins de 40 pays.
- ❑ Recommandations fortement influencés sur les résultats de l'étude HAPO.
- ❑ Dépistage en 1 temps avec une HGPO à 75 g de glucose ($H0 < 0.92\text{g/l}$, $H1 < 1.80\text{g/l}$, $H2 < 1.53\text{g/l}$). Un critère pathologique permet le diagnostic de DG.
- ❑ Recommandations du CNGOF et de la SFD: dépistage ciblé sur facteurs de risque si le dépistage du 1^{er} trim est négatif

Conséquences sur la prévalence du DG

- Augmentation certaine du diagnostic de DG +/- avec une adaptation des conditions de prise en charge de ces DG (moyens, consultations spécifiques...).
- Etude américaine: prévalence estimée à 18%. Coustan et coll, IADPSG: the HAPO study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus AJOG 2010; 202(6): 654-60
- Etude prospective monocentrique française: prévalence à 14% Wery et coll. Impact of the new screening criteria on the gestational diabetes prevalence. JGOBR 2014; 43(4): 307-13

Difficultés engendrées par les DG

- ❑ Augmentation du nombre de DG donc augmentation du nombre de consultations et de prises en charge.
- ❑ Anxiété plus importante dans les suites immédiates du dépistage, diminution par la suite mais restant supérieure aux femmes avec un test négatif à moyen et long terme.

Daniells et coll. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes care* 2003;26(2):385-9

Rumbold et coll. Women's experience of being screened for gestational diabetes mellitus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42(2):131-7

- ❑ Résultat positif vécu par la femme comme une altération de son état de santé et celui de son enfant et que ce sentiment persiste à moyen et long terme.

Feig et coll. Self-perceived health status of women three to five years after the diagnosis of gestational diabetes: a survey cases and matched controls. *AJOG* 1998;178(2):386-93

Kerbel et coll. Adverse effects of screening for gestational diabetes: a prospective cohort study in Toronto. *Canada J Med Screen* 1997;4(3):128-32

Sjögren et coll. Gestational diabetes: a case-control study of women's experience of pregnancy, health and the child. *J Psychosom Res* 1994;38(8):815-22

- ❑ Soignant influencé par l'état pathologique de la femme: prise en charge plus active de la grossesse, augmentation du nombre de césarienne, augmentation du nombre de déclenchement artificiel du travail pour cette indication.

Hieronimus et coll. Relevance of gestational diabetes mellitus screening and comparison of selective with universal strategies. *JGOBR* 2010;39(8):S200-13

Naylor et coll. Cesarean delivery in relation to birth weight and gestational glucose tolerance. *JAMA* 1996;275(15):1165-70

Moyer et coll. Screening for gestational diabetes mellitus: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;160(6):414-20

Suivi des RPC du diabète gestationnel

- Evaluation du dépistage du DG au sein du réseau de périnatalité des pays de la Loire. Branger et coll. Clinical audit of screening for gestational diabetes among 848 pregnant women in 23 maternity units in the pays de la Loire 2014. JGOBR 2016 (in press).
- Audit clinique sur 1 semaine en juin 2014 dans les 23 maternités. Calcul du taux de conformité aux indications et des pratiques de dépistage: conformité, non-conformité et sur-conformité.
- 848 femmes et 872 Nnés.
FdR: 46.6% des femmes (13.2% âge mat, 30.8% IMC, atcd diabète 9%, atcd DG 3.7%, atcd macrosomie 3.7%).
- Diagnostic du DG: 14.6% (61.3% GAJ <0.92, 38.7% GAJ normale et HGPO patho)

Suivi des RPC du diabète gestationnel

- ❑ Evaluation du dépistage du DG au sein du réseau de périnatalité des pays de la Loire. Branger et coll. Clinical audit of screening for gestational diabetes among 848 pregnant women in 23 maternity units of the pays de la Loire 2014. JGOBR 2016 (in press).
- ❑ **Au 1^{er} trimestre:** 59.2% de dépistage sur FdR avec un dépistage de 52 DG (22.2%) et 39.7% de dépistage sans FdR avec un dépistage de 24 DG (13.3%)
Conformité au 1^{er} trimestre : 52.1%
- ❑ **Aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres:**
 - En cas de GAJ patho 1^{er} trim: 33 HGPO réalisées; 15 DG et 18 cas de discussion diagnostic.
 - 411 HGPO réalisées: 278 en cas de FdR présents ou apparus pdt la grossesse et 133 sans FdR, 48 DG diagnostiqués
- ❑ **Conformité aux critères: 45.5%**
non-conformité: 27.6%
sur-conformité: 26.9%
Absence d'effets maternité ou professionnel
- ❑ Modalités de réalisation du dépistage conforme à 95.9%
Prise en charge spécialisée dans 84.6%
28% de DG qui n'auraient pas du être découverts si les recos avaient été appliquées mais absence d'attitude particulière à l'accouchement et sur le Nné.

Suivi des RPC du diabète gestationnel

- Etude au sein du CHU de Tours. Travail de thèse de L Boivin: Diagnostic et prise en charge du diabète gestationnel en 2015 au centre Olympe de Gouges.
- 448 DG au cours de l'année 2015 soit 12.8% (nombre d'accouchements avec naissances vivantes et exclusion des diabètes antérieurs à la grossesse, n=37).
- 89.4% des femmes avec 1 ou plusieurs facteurs de risque.
10.6% des femmes sans facteurs de risque.

Suivi des RPC du diabète gestationnel

- Etude au sein du CHU de Tours
- Facteurs de risque retrouvés: en moyenne 1.7 FdR
 - Âge > 35 ans: 33%
 - IMC >25: 67%
 - Atcd Familiaux diabète: 31%
 - Atcd personnels de DG: 24%
 - Atcd de macrosomie: 14%
- Diagnostic de DG au 1^{er} trimestre (n=130; 32%)
 - 121 glycémies à jeun pathologiques sur FdR
 - 51 prises en charge dans les suites
 - 70 non PEC (57.8%): 18 PEC/CHU à leur arrivée, 52 HGPO: 34 patho/18 normales
 - 9 glycémies à jeun pathologiques sans FdR
 - 6 PEC dans les suites; 3 HGPO=3 patho

Conclusion

- ❑ Dépistage ciblé du DG sur FdR identifiés.
- ❑ Dépistage au 1^{er} trimestre et entre 24 et 28 SA (si le 1^{er} est négatif).
- ❑ Absence de notion de variation de la glycémie à jeun au 1^{er} trimestre.
- ❑ Prise en charge active du DG au 1^{er} trimestre dès son diagnostic.