

## Diabète gestationnel

### Définition

Le diabète gestationnel (DG) est un 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.

Cette définition est admise par tous, mais regroupe deux situations différentes :

- un diabète de type 2 (DT2) antérieur à la grossesse, méconnu, révélé au cours du 1<sup>er</sup> ou au début du 2<sup>e</sup> trimestre, avec persistance d'une intolérance au glucose après l'accouchement ;
- un véritable DG, révélé plus tardivement et suivi d'un retour à une glycorégulation normale dans le post-partum immédiat.

### Prévalence

Les estimations sont très variables dans le monde (de 0,56 à 15,7 %) du fait de l'hétérogénéité de la population concernée et de l'absence de consensus sur les critères diagnostiques. Selon l'étude DIAGEST (dépistage universel en 2 temps dans une population caucasienne du Nord de la France, 1996), la prévalence du DG en France serait de 6 %.

### Dépistage : comment ?

Il n'y a pas actuellement de consensus international. Les stratégies diagnostiques reposent toutes sur des tests de charge en glucose, avec des dosages de glycémies sur plasma veineux (il n'y a pas de place pour les glycémies capillaires, la glycosurie, l'HbA1c).

- Soit en 1 temps : HGPO avec 75 g de glucose : dosages à T0, ± T1h, T2h ;
- Soit en 2 temps : HGPO avec 50 g de glucose (test de O'Sullivan) et dosage à T1h. Une glycémie < 1,30 g/l élimine le DG ; si la glycémie est ≥ 2g/l, le diabète est confirmé ; entre 1,3 g/l et 2 g/l, il est recommandé de pratiquer une HGPO avec 100 g de glucose et dosages à T0h, T1h, T2h, ± T3h.

### Dépistage :

#### à qui s'adresse-t-il ? Quand ?

- Selon certains auteurs, il devrait être ciblé, orienté sur les facteurs de risque de DG : âge > 30 ans, IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>, existence d'antécédents familiaux de diabète, origine ethnique (population caucasienne préservée), antécédents personnels de DG, de macrosomie fœtale > 4 kg, de mort fœtale *in utero*, pré-éclampsie, hydramnios, malformations fœtales ; à effectuer dès le début de la grossesse et à renouveler s'il est négatif.
- Selon d'autres, il devrait être systématique chez toutes les femmes enceintes, entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée ; en effet, 50 % des femmes ayant un DG n'ont aucun facteur de risque.

### Recommandations pour le dépistage et le diagnostic

	OMS 1999	ALFEDIAM 1996
Dépistage	Universel en 1 temps	Universel en 2 temps O'Sullivan 50 g
Valeur seuil 1 heure (g/l)		1,30
Diagnostic	HGPO 75 g	HGPO 100 g
Critères HGPO		
A jeun (g/l)	OMS 1,26	Carpenter et Coustan 0,95
1 heure (g/l)	-	1,80
2 heures (g/l)	1,40	1,55
3 heures (g/l)	-	1,40
Diagnostic de DG	Au moins une valeur supérieure ou égale aux normes	Deux valeurs supérieures ou égales aux normes

## Dépistage : pourquoi ?

Pour identifier les grossesses à risque de complications périnatales, plutôt que pour identifier les femmes à risque de développer un DT2 à distance de la grossesse. Les bénéfices de ce dépistage sont la réduction du risque materno-fœtal à court terme pendant la grossesse et l'accouchement (mortalité périnatale, risques liés à la macrosomie fœtale et à l'hypertension artérielle gravidique), et celle des risques à long terme pour la mère et l'enfant.

## Morbidité foeto-maternelle

### Les complications maternelles

Les complications maternelles dont la fréquence est reliée à une hyperglycémie, sont l'hypertension artérielle gravidique et la pré-éclampsie (fréquence x 2 à 3, mais sans lien de causalité formellement démontré), le taux de césarienne (plus élevé) et un risque de DT2 à distance de la grossesse, estimé à environ 30 % à 10 ans, fonction de l'hyperglycémie à jeun au cours de la grossesse (mais le rôle de l'IMC de la mère reste à définir).

Le risque de DT1 est aussi accru chez les femmes avec Ac anti-GAD ou IA2 positifs, d'où l'intérêt de rechercher ces anticorps chez les femmes qui développent un DG sans antécédent familial, *a fortiori* sans surpoids.

### Les complications fœtales et néonatales

Les complications fœtales et néonatales sont l'augmentation de la mortalité périnatale (selon l'étude de O'Sullivan en 1973, non retrouvée actuellement, mais difficile à estimer), une macrosomie fœtale, des complications métaboliques avec hypoglycémie néonatale (incidence 2 à 25 %) [ $< 0,30$  g/l à terme,  $< 0,20$  g/l chez le prématuré], hypocalcémie, polyglobulie, hyperbilirubinémie ; une détresse respiratoire (incidence 0,6 à 8,3 %), une prématurité (incidence 4,2 à 15 %).

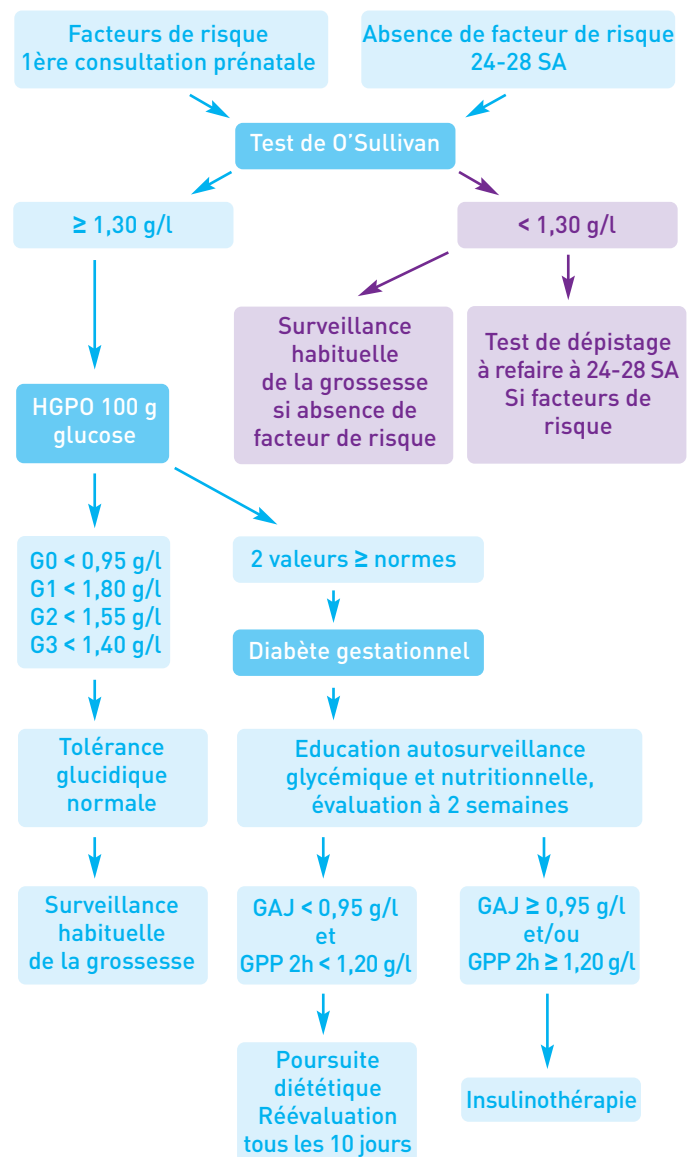
Chez l'enfant, les risques de développement d'une obésité ou d'un diabète sont, selon certains auteurs, augmentés, mais ceci reste controversé.

## Diabète gestationnel : prise en charge thérapeutique

Elle repose sur un traitement diététique (ration calorique individualisée, non  $< 1800$  Kcal/j, 50 % glucides, aliments à index glycémique bas), une activité physique régulière et l'autosurveillance glycémique.

Les objectifs glycémiques sont  $< 0,95$  g/l à jeun et  $< 1,20$  g/l, 2 h après un repas. Une insulinothérapie est requise si les objectifs glycémiques ne peuvent être maintenus, en dépit des règles hygiéno-diététiques : 1 injection d'insuline intermédiaire le soir et/ou 1 injection d'analogue rapide avant chaque repas et interruption du traitement le jour de l'accouchement. Les anti-diabétiques oraux pourraient être une alternative.

## Diabète gestationnel : recommandations de l'Alfédiam\*



Légende :

GAJ : Glycémie à jeun

GPP : Glycémie post-prandiale

\* Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques

Carole Emile d'après une communication du Dr. Sylvie Villar-Fimbel Fédération d'Endocrinologie du CHU de Lyon.

