

Actualités sur la prise en charge du diabète



Docteur Fabienne MESSAOUDI
Centre Hospitalier de Versailles



Diabète gestationnel: nouvelles recommandations 2010



Définition

- Trouble de la tolérance aux glucides, diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.
- Apparaît généralement en deuxième partie de la grossesse, date à laquelle la tolérance au glucose se détériore, état d'insulino résistance chez la mère liée à la sécrétion hormonale placentaire et disparaissant au moins temporairement, en post-partum.
- la prévalence du DG est estimée entre 2 et 6 % en France.



Intérêt du dépistage

- Le principal intérêt du dépistage du diabète gestationnel (DG) en santé publique est :
 1. D'identifier une population à haut risque de diabète ultérieur.
 2. Et d'éviter l'ensemble des complications materno-fœtales et néo-natales induites par ce diabète.



Pourquoi les recommandations ont changé

- Les avis des experts internationaux concernant le dépistage du diabète gestationnel et ses conséquences foëto-maternels divergeaient.
- Il n'y avait pas de consensus international sur les modalités de dépistage.

D'où la décision de l'étude HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes) faite par 200 experts issus de plus de 40 pays.



Etude HAPO

- S'est à partir de cette étude que nos conclusions et recommandations sur le DG ont été modifié.
- Large étude prospective observationnelle, multicentrique (15 centres) et internationale (9 pays) qui a duré 5 ans, sur environ 25 000 femmes, au 3^{ème} T de grossesse, >18 ans, non diabétiques au début de la grossesse, représentant ainsi une cohorte multinationale, multiculturelle et multiethnique.
- Objectif : clarifier les liens entre l'hyperglycémie maternelle et le risque de complications maternelles et foétales.



Les conclusions de l'étude HAPO



Risques liés au Diabète Gestationnel

- On en a déduit

- RISQUES MATERNELS:

- Augmentation des prééclampsies
- Augmentation des césariennes

(augmentation du risque corrélée à l'IMC).

- RISQUE FOETAL ET NEONATAL

- Macrosomie fœtale, principale conséquence néonatale.
- Hypoglycémie néonatale sévère rare.



Critères d'indication de dépistage ciblé du DG

- Dépistage du DG uniquement population à risque, en présence d'au moins un des critères suivants, en l'absence de facteur de risque pas d'intérêt avéré du dépistage systématique, **le dépistage systématique n'est plus de mise.**
- Surpoids et obésité IMC préconceptionnel >25-30
- Age \geq 35 ans
- ATCD de macrosomie fœtal ou de MIU inexplicée.
- ATCD personnel de DG ou familial, chez apparenté au 1er degré (père, mère, frère, sœur).



1^{er} Trimestre

- En l'absence de ces facteurs de risque, pas d'arguments suffisants pour recommander un dépistage systématique

- **En présence des facteurs de risque:**

lors de la 1^{re} consultation prénatale, dépistage par une glycémie à jeun, au 1^{er} trimestre:

≥ 1.26 g/L (7 mmol/L) = Diabète Type 2 préexistant, non connu.

≥ 0.92 g/L (5.1 mmol/L) = DG

< 0,92 g/l refaire un test dépistage à T2



2^éme Trimestre

- Chez les patientes non diagnostiquées préalablement, ou avec glycémie à jeun normale au T1, le dépistage du DG est recommandé entre 24 et 28 SA, date à laquelle la tolérance au glucose se détériore, la méthode en 1 temps par HGPO avec 75 g de glucose et glycémie capillaire à 0, 1 et 2 heures est recommandée (elle remplace la méthode en 2 temps d'O'Sullivan) +++
- Seuils de l'HGPO 75 g pour le diagnostic de DG
(1 valeur atteinte ou dépassée):
 - Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l ($\geq 5,1$ mmol/l)
 - Glycémie à 1heure $\geq 1,80$ g/l (≥ 10 mmol/l)
 - Glycémie à 2heures $\geq 1,53$ g/l ($\geq 8,5$ mmol/l)



3^{ème} Trimestre

- En cas de normalité du dépistage entre 24 et 28 SA, il n'y a pas d'arguments pour répéter ultérieurement le dépistage à titre systématique.
- Dépistage de rattrapage; au 3^e trimestre, faire au moins une glycémie à jeun, si patientes à risque non dépistées au 2^{ème} trimestre ou si mise en évidence de biométries fœtales supérieures au 97^e percentile ou d'un hydramnios.
- Aucune autre méthode (HbA1c, fructosamine, glycosurie, glycémie au hasard, et/ou postprandiale) ne peut être actuellement recommandée.



Prise en charge hygiéno-diététique

Efficace dans 70 à 80% des cas

- Apport calorique 25 à 35 kcal/kg/j.
- Restriction calorique indiquée en cas d'obésité (pas inférieure à 1600 cal/j).
- 40 à 50 % d'hydrates de carbone.
- Apport glucidique réparti en 3 repas et 2 à 3 collations.
- Privilégier hydrates de carbone à index glycémique faible (sucres lents) et fibres alimentaires.
- Activité physique 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine.



Objectifs et principes du traitement

- Autosurveillance glycémies capillaires, avant et après chaque repas, 4 à 6 fois par jour, colligées dans un carnet.
- Surveillance du cycle glycémique en hôpital de jour possible.
- Objectifs, stabiliser la glycémie à:
 - < 0,92 g/l à jeun
 - < 1,20 g/l à 2 heures post-prandial.



Objectifs et principes du traitement

- L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques, ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques, environ 20% des DG.
- Insuline d'action lente et rapide, 3 à 4 fois/jour instituée par le diabétologue.
- Les antidiabétiques oraux n'ont pas d'AMM pendant la grossesse (donnés plutôt rassurantes en cas de prise intempestive.)



SURVEILLANCE OBSTETRICALE PRENATALE

- **Si DG équilibré**, objectif glycémique atteint, pas de surveillance particulière, suivi identique à une grossesse normale.
- Pas d'utilité démontrée d'une échographie supplémentaire, d'une recherche de l'hypertrophie myocardique échographique, ni du Doppler ombilical.



SURVEILLANCE OBSTETRICALE PRENATALE

- **Si mauvais équilibre du diabète**, HTA ou obésité associées. Surveillance renforcée et rapprochée en raison du risque de pré-éclampsie avec évaluation du bien être fœtal (RCF, VCT...).
- Echographie supplémentaire en fin de grossesse, vers 36 SA, surveillance vitalité et recherche de macrosomie fœtale (examen très imprécis cependant).
- En cas de MAP, préférer inhibiteurs calciques (loxen*) et antagonistes de l'ocytocine (Tractocile*) plutôt que les bêta-mimétiques (salbutamol). Glucocorticoïdes dans le cadre de maturité pulmonaire fœtale, autorisés sous surveillance glycémique.



ACCOUCHEMENT

- En cas de DG bien équilibré par le régime seul ou l'insulinothérapie et sans retentissement foetal , **plus de déclenchement à 38-39 SA.**
- En cas de mauvais équilibre du diabète ou de macrosomie ++, il est recommandé d'atteindre et de déclencher l'accouchement vers 39 SA, pour limiter les risques de dystocie des épaules et de paralysie du plexus brachial.
- Proposer une césarienne si poids foetal estimé > à 4250gr
- Pas de pelvimétrie systématique.
- Pas de surveillance spécifique, si accouchement voie basse accepté .



Surveillance néo-natale

- Allaitement dans les 30 minutes
- Surveillance de la glycémie, en cas de diabète maternel traité par insuline, déséquilibré, RCIU ou macrosomie foétale, glycémies après la 1ère tétée et avant la 2^{ème}.
- Pas d'autres bilans systématiques sauf signes cliniques d'appel.



POST-PARTUM

- Allaitement autorisé
- Information sur risques ultérieurs de récurrence de DG (30 à 80 %), sur risque de diabète de type 2 (X 7), de syndrome métabolique (x 2 à 5).
- Le dépistage du DT2 est recommandé lors de la cs post-natale, avant une nouvelle grossesse puis tous les 1 à 3 ans, par glycémie à jeun ou HGPO (75mg).
- Contraception : En l'absence de facteurs de risque associés, le DG n'est pas une CI aux OP ou aux progestatifs.
- Si facteurs de risque vasculaires (obésité, HTA ou dyslipidémie) conseiller le DIU.



Au total, un dépistage ciblé et une prise en charge obstétricale allégée.