

Le diabète gestationnel



Dr Numydia NEBTI,
Endocrino-diabétologue,
Service du Pr Z. ARBOUCHE.
CHU Beni Messous, Alger.

Résumé

Le diabète gestationnel est une pathologie relativement fréquente notamment dans les pays du Maghreb, pouvant entraîner de nombreuses complications materno-fœtales. Ceci explique la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée. Pour l'heure il n'existe pas de consensus international, cependant des experts ont proposé des recommandations pratiques qu'il est nécessaire de connaître et d'appliquer.

>>> Mots clés :

Acidocétose, évaluation pré-ramadan, haut risque, hypoglycémie, ajustement thérapeutique.

Abstract

Gestational diabetes is a relatively common condition especially in the Maghreb countries, which can cause many maternal and fetal complications. This explains the need for early diagnosis and appropriate care. There is no international consensus to date. However, experts have proposed practical recommendations that are necessary to know and implement.

Introduction :

Le diabète gestationnel est une pathologie fréquente et un problème de santé publique qui nous interpelle par sa prévalence en constante augmentation et ses risques de complications materno-fœtales.

Environ 10 à 12% des femmes développent un diabète gestationnel à l'occasion d'une grossesse. On estime que 8 à 15% de ces diabètes gestationnels sont en réalité des DT2 méconnus. En Algérie nous ne disposons pas de registre national, cependant deux études menées à Oran et à Constantine ont retrouvé des prévalences respectivement de 19,6%¹ et 6,2%².

Définition du diabète gestationnel :

- Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme 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 englobe en fait deux entités différentes qu'il convient de distinguer :

- Un diabète patent, le plus souvent de type 2 (DT2), préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement ;
- Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse, généralement en deuxième partie, et disparaissant, au moins temporairement, en post-partum.

Physiopathologie :

Au cours de la grossesse, la production hépatique de glucose augmente de 30% dans le but d'optimiser l'apport de glucose au fœtus via le placenta. En réponse, la sécrétion d'insuline augmente de 200 à 250% chez la mère. De plus, chez la femme enceinte, l'inondation de l'organisme maternel par les hormones lactogènes placentaires (la prolactine, l'hormone de croissance placentaire) et l'oestradiol induisent un état d'insulinorésistance permettant l'acheminement de nutriments de la mère au fœtus. Par ailleurs, diverses adaptations des cellules pancréatiques pour le maintien de la normoglycémie aboutissent à un hyperinsulinisme.

Quand les mécanismes compensatoires sont déficients ou débordés le diabète gestationnel apparaît. Le placenta est imperméable à l'insuline et la sécrétion d'insuline fœtale commence vers la 14^{ème} semaine de grossesse. Les complications principalement fœtales sont liées à un hyperinsulinisme fœtal réactionnel et au développement d'une macrosomie

Complications materno-fœtales du diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel est associé à un risque accru de polyhydramnios, d'hypertension artérielle gravidique, de pré-éclampsie, d'accouchement prématuré et de césarienne chez la mère, alors que sa principale conséquence sur le fœtus est la macrosomie, qui peut être à la base de traumatismes obstétricaux et d'atteintes du plexus brachial.

À la naissance, le nouveau né a également plus de risque de présenter une hypoglycémie, une hyper-bilirubinémie, une hypocalcémie, une polycythémie, un syndrome de détresse respiratoire ou une cardiomyopathie.

A noter que chez l'enfant né de mère diabétique on observe un risque majoré de surpoids, d'obésité et de diabète ultérieurement.

Qui dépister et comment ?

Il existe plusieurs facteurs de risque de diabète gestationnel rapportés par différentes études (Étude HAPO 2008, étude ACHOIS 2005, étude NICHD 2009) qui sont :

- L'âge ≥ 35 ans.
- L'origine ethnique : Asie, Antilles, Afrique du Nord.
- L'IMC > 25 kg/m² (↑ la gravité des conséquences).
- Les antécédents familiaux 1^{er} degré de diabète sucré.
- Les antécédents personnels Intolérance aux sucres sous pilule ou au cours d'une grossesse.
- Les antécédents obstétricaux : antécédents diabète gestationnel, macrosomie, mort fœtale.
- Le syndrome des ovaires polykystiques.

Alors qui dépister ? Dépistage ciblé ou systématique ?

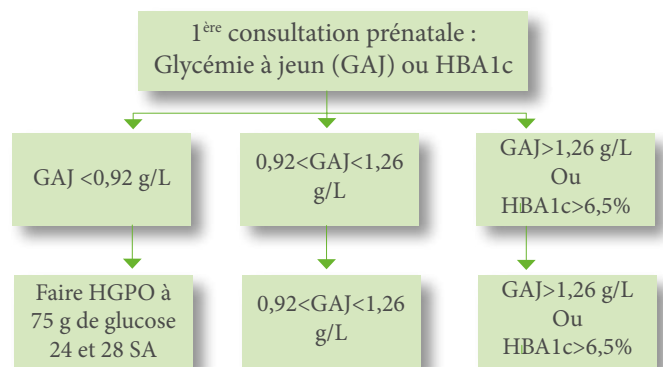
En 2010, l'International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) a proposé de nouveaux critères de diagnostic du diabète gestationnel, repris par la suite par le CNGOF³ qui préconise un dépistage ciblé en présence d'un ou de plusieurs des facteurs de risques suivants :

- Age maternel ≥ 35 ans.
- IMC ≥ 25 kg/m².
- Antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré.
- Antécédents personnels de diabète gestationnel ou d'enfants macrosomes (PN > 4000 g).

Comment dépister ?

- A la 1^{ère} consultation prénatale en présence de facteurs de risque de diabète gestationnel, on réalise une glycémie à jeun ou une hémoglobine glyquée (selon les recommandations IADPSG).

Les résultats seront interprétés selon le diagramme suivant :



- Si la GAJ est $< 0,92$ g/L, il faudra compléter par une HGPO à 75g de glucose sur 2h entre la 24 et 28 SA ; une seule valeur anormale suffira au diagnostic.

- Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l
- Glycémie à 1 h $\geq 1,80$ g/l
- Glycémie à 2 h $\geq 1,53$ g/l.

- Pour les femmes à risque qui n'ont pas été dépistées à temps, on doit faire au minimum une glycémie à jeun au 3^{ème} trimestre.

- Rechercher aussi un diabète gestationnel en cas d'hydramnios ou de macrosomie au 97^{ème} percentile même l'absence de facteurs de risque.

Des études menées sur la performance de l'HbA1c dans le diagnostic du diabète gestationnel suggèrent qu'une HbA1c $\geq 5,8\%$ serait un équivalent de diabète gestationnel et que ce test pourrait alors dispenser 38% des femmes de la réalisation d'une HGPO, cependant ceci n'est ni consensuel ni recommandé actuellement (5 6).

Prise en charge du diabète gestationnel :

La prise en charge du DG pendant la grossesse et au long cours est multidisciplinaire : obstétriciens, diabétologues, pédiatres, sont indispensables pour en réduire les complications materno-fœtales.

a. Prise en charge du diabète :

Elle doit être active : diététique, auto surveillance glycé-

mique, insulinothérapie si indiquée ainsi qu'une activité physique régulière adaptée, si pas de contre-indication obstétricale.

1. Enquête alimentaire et diététique

La ration calorique journalière doit être de 25 à 35 kcal / kg / j ; une restriction calorique modérée est indiquée en cas d'obésité mais toujours maintenir au moins 1600 kcal / jour, avec une proportion de glucides entre 40 % et 50 %. Cette ration doit être fractionnée en 3 repas et 2 à 3 collations, en respectant les horaires des repas et en privilégiant les fibres.

Les besoins minimum de l'unité fœto-placentaire sont de 180 - 200 g d'hydrates de carbone / jour.

Objectifs glycémiques

- Glycémie à jeun < 0.95 g/L (5.3 mmol/L)
- Glycémie post-prandiale à 2 heures < 1.20 g/L (6.7 mmol/L)

2. Contrôles glycémiques :

L'apprentissage de l'auto surveillance glycémique est nécessaire à raison de 4 à 6 glycémies capillaires / jour en pré et en post prandiale.

3. Insulinothérapie :

- Si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques introduire une insulinothérapie :

Le schéma d'insulinothérapie sera adapté sur la base des profils glycémiques et éventuellement intensifié en cas de croissance excessive du fœtus ou d'apparition d'un hydramnios. Cependant le schéma basal/ bolus est souvent le plus adéquat avec une insuline rapide humaine ou analogue avant les repas et une insuline intermédiaire NPH le soir ou une insuline analogue lente détémir. Les doses seront par la suite adaptées selon le cycle glycémique de la patiente.

b. Surveillance obstétricale

En cas de DG bien équilibré et en l'absence d'autres pathologies, le suivi est analogue à toute autre grossesse. En cas de facteurs de risque surajoutés (obésité, mauvais équilibre glycémique, HTA), une surveillance clinique s'impose à un rythme plus rapproché : TA, protéinurie et bilan vasculo-rénal compte tenu du risque accru de pré-éclampsie

Une échographie supplémentaire à 36 SA est proposée afin de dépister la macrosomie. En revanche, l'utilité de rechercher une hypertrophie myocardique fœtale n'est pas démontrée.

La surveillance fœtale par rythme cardiaque fœtal est recommandée en cas de DT2 pré-conceptionnel et découvert durant la grossesse, de DG mal équilibré, de ralentissement des mouvements actifs et de tous autres facteurs de risque associés. Elle sera alors organisée à partir de 32 SA à raison de 2 fois/semaine.

- L'utilisation des β -mimétiques est contre-indiquée en cas de menace d'accouchement prématuré chez ces femmes.

Accouchement : En cas de diabète gestationnel bien équilibré par le régime seul ou par l'insuline et sans macrosomie fœtale, rien ne justifie une maturation pulmonaire ou un déclenchement avant 41 SA. En cas de diabète gestationnel mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est conseillé d'induire le travail mais pas avant 39 SA.

La décision de la voie d'accouchement sera une décision concertée au cas par cas lors de staffs obstétricaux. En cas d'acceptation de la voie basse, la surveillance du travail est la surveillance habituelle. L'insuline, après accord avec l'endocrinologue, doit être arrêtée pendant le travail.

Suivi post-partum des femmes ayant présenté un DG

Les femmes ayant présenté un diabète gestationnel sont à haut risque de développer un syndrome métabolique (x 2 à 5) des maladies cardiovasculaires (x 1,7), une récurrence du diabète gestationnel (de 30 à 84%) et surtout de développer un diabète de type 2 (x7). Elles doivent donc impérativement être suivies à court et à long terme. Les experts recommandent de vérifier que la tolérance au glucose s'est normalisée par la réalisation d'une HGPO 75 g de glucose 6 à 12 semaines après l'accouchement et d'effectuer par la suite, et toute la vie durant, un dépistage du diabète selon les modalités classiques (tous les ans puis tous les trois ans). Le risque d'avoir un DT2 après un diabète gestationnel est d'autant plus important que la patiente est obèse, que le diabète gestationnel est apparu avant 24 SA, que les glycémies sont élevées lors du diagnostic, et qu'une insulinothérapie a été nécessaire.

Conclusion :

Les femmes à risque de diabète gestationnel, doivent bénéficier d'un dépistage précoce, d'une prise en charge adaptée et d'un suivi à court et à long terme notamment par des programmes d'éducation thérapeutique ciblés portant sur la maîtrise pondérale et les modifications de leur mode de vie.

Références :

- 1- M. Bachaoui, évaluation du niveau de risque dans notre population dépistée pour le diabète gestationnel. Diabetes Metab 2013.
- 2- S. Bensalem, morbidité maternelle dans le diabète gestationnel, Diabetes Metab 2013.
- 3- CNGOF et SFD-2010 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. Recommandations pour la pratique clinique. Le diabète gestationnel.
- 4- International association of diabetes and pregnancy study groups. Recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. diabetes care, volume 33, number 3, march 2010.
- 5- Pr J.L Schlinger, Dépistage du diabète gestationnel par HBA1c ? non mais... Diabeto.net.
- 6- P Breitenbach Renz HBA1c test as tool in the diagnosis of gestational diabetes mellitus, pubmed
- 7- J-F Vanderijst. Stratégie de dépistage et critères diagnostiques du diabète gestationnel
- 8- Le diabète gestationnel : où en est-on en 2014 ? Genesis N°179 (juin 2014).
- 9- C. Jacovetti, Adaptations métaboliques au cours de la grossesse Med. Mal. Metabol. N°4 Vol 6.
- 10- Ehrlich SF, Change in body mass index between pregnancies and the risk of gestational diabetes in a second pregnancy. ObstetGynecol 2011; 117: 1323-1330.
- 11- Kim C, Gestational Diabetes and the incidence of type 2 diabetes: A systematic review. Diabetes Care 2002; 25: 1862-1868.

Contrôlez vos connaissances !

Parmi ces propositions, laquelle n'est pas un facteur de risque de diabète gestationnel ?

- a- L'âge > à 35 ans.
- b- Antécédents personnels d'enfants macrosomes.
- c- Antécédents d'HTA.
- d- Un surpoids
- e- Un parent du 1er degré diabétique de type 2.

Parmi ces femmes Laquelle ne présente pas de DG d'après les recommandations :

- a- Amel qui à 4 SA a une glycémie à jeun à 1,1 g/L.
- b- Soumia qui à 8 SA a une glycémie à jeun à 0,9 g/L.
- c- Farah chez qui l'HGPO à 26 SA retrouve des glycémies à (t0 : 0,8 G/L, à t1h 1,83 g/L, à t2h 1,55 g/L).
- d- Amina qui a une HBA1C à 8% à 12 SA.
- e- Radia qui à 25 SA a une glycémie à la 2^{ème} heure de l'HGPO à 1,96 g/L

Que préconisez-vous chez Farah qui après 8 jours de diététique adaptée présente des glycémies à jeun variant entre 1,20 et 1,45 g/L et des glycémies post prandiales entre 1,5 et 1,8g/L ?

- a- L'adresser à un endocrinologue.
- b- Débuter une insulinothérapie
- c- Surveiller son cycle glycémique pendant encore une semaine
- d- Être plus stricte sur sa ration calorique journalière.
- e- Introduire de la metformine 2 fois par jour.

Réponses au quizz sur
www.el-hakim.net

Index thérapeutique

Vous trouverez sur le site Web de la revue : www.el-hakim.net un index thérapeutique reprenant les molécules et classes thérapeutiques citées dans les articles de ce numéro, avec pour chaque molécule (s) les noms commerciaux correspondant, ainsi que les dosages et présentations disponibles en Algérie. Sauf erreur ou omission bien involontaire de notre part, nous pensons avoir été exhaustif, mais si ce n'était pas le cas, merci d'avoir l'amabilité de nous le signaler à l'adresse suivante : redaction@el-hakim.net

Bouffées de chaleur ?

Médicament
disponible sans
ordonnance



Retrouvez
un peu d'air frais

Abufène® 400 mg est un médicament utilisé dans les bouffées de chaleur de la ménopause. Il contient de la bêta-alanine. Lire attentivement la notice. Demandez conseil à votre pharmacien. Si les symptômes persistent, consultez votre médecin.

