

Dépistage du diabète gestationnel

Dr Marielle EPACKA EWANE (Douala, Cameroun)

Synthèse de la téléconférence du 8 juillet 2010 issue du programme e-diabete, mis en œuvre par l'Université Numérique Francophone Mondiale (UNFM), en collaboration avec le Réseau RAFT et sanofi-aventis.

Le diabète gestationnel est souvent méconnu et a des conséquences graves pour la mère et l'enfant.

Définition du diabète gestationnel : Le diabète gestationnel se définit comme toute intolérance au glucose qui débute ou est découverte au cours de la grossesse. Ce terme regroupe à la fois les diabètes méconnus préexistants à la grossesse et les intolérances au glucose apparues au cours de la grossesse.

Epidémiologie : la prévalence du diabète gestationnel est en augmentation du fait de l'augmentation du diabète de type 2, souvent méconnu, et de l'obésité. Les femmes à risque sont identifiables par l'interrogatoire: diabète chez les parents au premier degré, poids avant la grossesse excédant de 110% le poids idéal, IMC >30kg/m² ou prise de poids excessive à l'adolescence ou entre les grossesses, âge maternel >25 ans, naissance d'un bébé de poids > 4,1 kg, antécédent personnel d'intolérance au glucose, antécédent de mort périnatale inexpliquée ou de malformation, poids de naissance de la femme >4,1 kg ou < 2,7 kg, syndrome des ovaires polykystiques, corticothérapie, hypertension artérielle ou gravidique, certaines ethnies.

Physiopathologie : le métabolisme glucidique est modifié au cours de la grossesse. Initialement, c'est d'abord un hyperinsulinisme lié à une hyperplasie des cellules beta pancréatiques. La femme peut ressentir des hypoglycémies (faim, malaises, sueurs) entre les repas ou la nuit, tandis que cet excès d'insuline favorise l'absorption du glucose par le fœtus et sa croissance rapide. Au contraire, à partir de la semaine 24, c'est une insulino-résistance qui s'établit. L'insuline n'agit plus bien sur les tissus cibles, et donc, après les repas, on note une hyperglycémie post prandiale. La cause est la synthèse d'hormones diabéto-gènes par le placenta, cortisol, progestérone, hormone prolactinogène. La protéolyse est limitée, la lipolyse est stimulée. Celle-ci induit la production d'énergie à partir des acides gras des corps cétoniques et des triglycérides. Le risque est une acidocétose de la femme enceinte. Le diabète gestationnel apparaît lorsque l'organisme maternel ne peut plus compenser l'insulino-résistance et cette période de la semaine 24 est à privilégier pour le dépistage et la mise en route du traitement. Autre moment critique, la délivrance. Les hormones diabéto-gènes liées au placenta qui créaient l'insulino-résistance disparaissent brutalement. L'insuline retrouve sa pleine action et la femme risque une hypoglycémie.

Attitude pratique : l'étude HAPO a révisé les critères diagnostiques pour prendre en compte les risques de complications néonatales :

- En début de grossesse, glycémie à la recherche d'un diabète patent méconnu (glycémie à jeun > 1,26 gr/l, HbA1c > 6,5 %, glycémie non à jeun > 2gr/l) ou d'un diabète gestationnel si la glycémie à jeun est comprise entre 0,92 et 1,26 gr/l (5,1-7 mmol/l). Prise en charge adaptée.
- Si la glycémie de début de grossesse est normale, dépistage entre les semaines 24 et 28, certainement pour les femmes à risque, éventuellement de manière systématique par hyperglycémie provoquée (HGPO) à 75 gr de glucose. Le diagnostic de diabète gestationnel sera retenu si au moins une des valeurs seuil est atteinte, glycémie à jeun >0,92 gr/l (5,1 mmol/l), glycémie à 1h > 1,80 gr/l (10 mmol/l), glycémie à 2H > 1,53 gr/l (8,5 mmol/l).

En conclusion : le dépistage du diabète gestationnel se fait en début de grossesse et entre les semaines 24 et 28. L'augmentation du nombre de cas suppose la disponibilité des traitements, la mise à niveau des structures de prise en charge et des recherches pour en prouver le bénéfice par rapport au coût pour une généralisation.