

Diabète gestationnel

matière à réflexion

par Alain Demers

LE DIAGNOSTIC de diabète gestationnel continue d'alimenter les discussions dans les corridors des unités de maternité et aux congrès réunissant les médecins obstétriciens. Plusieurs n'y voient qu'une simple anomalie biochimique, alors que d'autres tentent de nous démontrer l'importance de cette maladie potentiellement dangereuse pour la mère et son rejeton.

Comment se fait-il que 37 ans après que O'Sullivan a pour la première fois évoqué cette entité, nous en soyons encore à nous interroger sur les conséquences de cette maladie et sur la manière de la dépister et de la diagnostiquer ? Même les sociétés savantes n'arrivent pas à établir des consensus qui puissent satisfaire une majorité de fidèles.

Au-delà de toute cette controverse, personne ne peut nier que le fait de poser le diagnostic de diabète gestationnel entraîne conséquemment des possibilités d'événements fâcheux à la fois pour la mère et son bébé, et ce, même plusieurs années plus tard.

Risque de diabète futur

En 1964, O'Sullivan a donné naissance au diabète gestationnel en démontrant qu'à un certain degré d'intolérance au glucose (sans pour autant que soient remplis les critères diagnostiques d'un diabète franc), les femmes encouraient un risque plus grand d'avoir un diabète au cours des années à venir. On sait maintenant que ce risque varie selon plusieurs facteurs, notamment l'origine ethnique et la gravité du diabète gestationnel. Mais est-il nécessaire de tenter de prédire qui deviendra **possiblement** un jour diabétique ?

Les recommandations que nous ferons à ces personnes ressembleront à toutes fins utiles à celles que nous adressons déjà à l'ensemble de la population : bien s'alimenter, faire de l'exercice, maintenir un poids santé, etc. D'aucuns prétendent que nos interventions auront plus de poids

après un diagnostic de diabète gestationnel et que l'observance de saines habitudes de vie s'en trouvera améliorée. Cela n'a encore jamais été démontré, et il est permis d'en douter.

Le fait de procéder à un dépistage annuel chez ces personnes pourrait toutefois permettre de poser un diagnostic plus précoce de diabète et d'ainsi diminuer les complications à long terme de la maladie. C'est probablement ici que le diabète gestationnel gagne le plus à être décelé et suivi à long terme. D'autres vous diront que celles qui risquent le plus de se convertir un jour en véritables diabétiques présentent déjà des facteurs de risque comme l'obésité ou des antécédents familiaux, et qu'on finirait de toute façon par les diagnostiquer aussitôt. Nous n'aurions qu'engendré un stress inutile à une bonne partie des autres...

Macrosomie

On ne peut ignorer que le diabète gestationnel non traité augmente de façon significative le poids des nouveau-nés. Bien que faible (un peu plus de 100 g en moyenne), ce surplus pondéral répond aux normes de signification statistique. Un traitement intensif diminue ce risque. Doit-on pour autant s'en inquiéter ?

Eh bien, peut-être. Il a été démontré que lorsque l'obstétricien sait que le bébé à venir a un poids de naissance élevé, le risque pour la mère de subir des interventions médicales (notamment le déclenchement du travail ou une césarienne) s'en trouve nettement accru. Qui plus est, pour des poids identiques, le risque de césarienne est plus faible si le diagnostic de macrosomie n'a pas été posé avant la naissance. En gros, le fait d'ignorer la macrosomie avant la naissance comporte moins de risques pour la mère.

Qu'en est-il pour le bébé ? Plus le bébé est gros, plus grands sont les risques de dystocie de l'épaule et, avec elle, la crainte d'une atteinte permanente au plexus brachial. Amusons-nous avec les chiffres. Au Québec, il se pratique environ 80 000 accouchements par année. Avec une prévalence de 3 %, on aura 2400 cas de diabète gestationnel.

Le Dr Alain Demers, omnipraticien, exerce au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Admettons, ce qui est farfelu, que la moitié de ces femmes auront un bébé de poids de naissance élevé, soit 1200. Nous aurons 19 cas de dystocie de l'épaule (1,6 % lorsque le bébé pèse plus de 4 kg). De ces cas, six auront une atteinte du plexus brachial (30 % des dystocies). Seulement 1 % d'entre eux auront une atteinte permanente, puisque la résolution se fait spontanément pour les autres, soit 0,06. En somme, il faudrait 17 ans de dépistage universel et plus de 1 360 000 patientes dépistées pour possiblement sauver une atteinte permanente au plexus brachial...

Propension à l'obésité à l'âge adulte

On a démontré que les enfants nés de mères souffrant de diabète gestationnel avaient une plus grande tendance à l'obésité à l'adolescence, indépendamment du poids de naissance. Malheureusement, le fait de traiter la patiente pendant la grossesse ne semble rien changer à ce risque. La prévention devra se situer ailleurs.

Autres problèmes

La possibilité d'augmentation des malformations congénitales, d'hyperbilirubinémie et d'hypocalcémie a été soulevée pour les mères ayant un diabète prégestationnel. Ces risques ne peuvent être retenus dans les cas de diabète gestationnel. L'hypoglycémie néonatale est un peu plus fréquente. Cependant, des données récentes montrent que les bébés nés de mères dont le diagnostic de diabète gestationnel fut posé après la 20^e semaine de gestation ne semblent pas avoir les mêmes anomalies biochimiques que celles dont le diagnostic remontait avant la 20^e semaine de gestation. En effet, l'hypoglycémie ne serait pas plus fréquente si le diabète apparaît plus tard pendant la grossesse.

Cela remet en doute la définition même du diabète gestationnel. Une intolérance aux hydrates de carbone, d'intensité variable, qui se manifeste ou est reconnue pour la première fois au cours de la grossesse permet d'inclure dans les études une patiente qui présente une acidocétose diabétique à huit semaines de grossesse, alors qu'elle n'était pas confirmée diabétique auparavant.

Le risque accru de mortalité périnatale chez les mères diabétiques ne peut maintenant plus être retenu pour le diabète gestationnel.

Que faire ?

Les sociétés savantes recommandent de plus en plus un dépistage ciblé sur les facteurs de risque. L'Association canadienne du diabète (ACD) a publié un excellent docu-

ment sur le sujet en novembre 98 dans la revue de l'Association médicale canadienne¹. Dans son bulletin technique d'août 2001, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommande un peu n'importe quoi, c'est-à-dire un dépistage ciblé ou un dépistage universel². On me laisse savoir que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) publiera sous peu un document allant dans le même sens. Tous s'entendent pour dire que leurs recommandations ne s'appuient malheureusement pas sur des données probantes et que d'autres recherches s'avèrent nécessaires.

Mis à part les gens de Hamilton³, peu d'obstétriciens recommandent de ne rien faire. Il m'apparaît tout de même étonnant de ne retrouver aucune recommandation concernant un dépistage universel au premier trimestre, possiblement avec une glycémie à jeun. Ce test, au demeurant fort peu coûteux, pourrait dépister les quelques rares cas de diabète de type 2 qui présentent de réels dangers pour l'enfant à naître et que l'on continue encore de nos jours, définition oblige, à cataloguer dans le diabète gestationnel.

LE DIABÈTE GESTATIONNEL se situe le long d'un continuum : tolérance au glucose normal, intolérance au glucose, diabète gestationnel, diabète franc. Plus on se dirige vers la droite, plus les risques de mortalité et de morbidité s'accroissent. Plus on va à gauche, plus nos interventions risquent davantage de nuire que d'aider. Quelque part le long de cette ligne, un traitement doit être instauré. Ce quelque part devra être précisé par d'autres études, car les critères actuels ne sont que trop arbitraires. ❧

Bibliographie

1. Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *CMAJ* 1998 ; 159 (8 Suppl) : S1-S31.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Pregnant Women Should Be Screened for Gestational Diabetes; Though No One Test is Ideal. Consulté le 28/10/01. Se trouve : http://www.acog.com/from_home/publications/press_releases/nr_08-31-01.htm
3. Wen SW, et al. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcome. *AMJ Epidemiol* 2000 ; 152 (11) : 1009-15.
4. Silverman BJ, et al. Long-term effects of the intrauterine environment: The North Western University Diabetes in pregnancy Center. *Diabetes Care* août 1998 ; 21 (25) Suppl : 142B-9B.
5. Lucas MJ. Diabetes complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* septembre 2001 ; 28 (3) : 513-36.