



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Dépistage du diabète de type 2 après un diabète gestationnel : rôle du médecin traitant

Postpartum diabetes screening following gestational diabetes mellitus: Practices in a university hospital and focus on the role of the general practitioner

C. Clarke, G. Girard, H. Legardeur, L. Mandelbrot*

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Louis-Mourier, hôpitaux universitaires Paris-Nord – Val-de-Seine, AP-HP, université Paris-Diderot, 178, rue des Renouillers, 92701 Colombes cedex, France

Reçu le 7 août 2011 ; avis du comité de lecture le 31 mars 2012 ; définitivement accepté le 19 avril 2012
Disponible sur Internet le 27 juin 2012

MOTS CLÉS

Diabète gestationnel ;
Diabète de type 2 ;
Dépistage ;
Post-partum ;
Prévention primaire ;
Observance de la prescription ;
Médecins de famille

Résumé

Objectifs. – Évaluer, après un diabète gestationnel (DG), la connaissance par les femmes du risque de diabète de type 2, le taux de dépistage réalisé en post-partum et l'information donnée au médecin traitant par l'équipe obstétricale concernant le diagnostic de DG.

Méthode. – Suivi d'une cohorte hospitalière monocentrique, constituée de toutes les femmes ayant un DG et ayant accouché entre le 1^{er} juin 2008 et le 31 mai 2009, par un entretien téléphonique, six à 12 mois après leur accouchement.

Résultats. – Sur 152 cas, 147 dossiers ont pu être étudiés et 124 entretiens menés. Cinquante et un pour cent des femmes interrogées connaissaient le risque de diabète de type 2. Parmi elles, 97 (78 %) ont eu une prescription de contrôle en post-partum, dont 69 par l'hôpital et 18 par le généraliste, et 27 n'ont reçu aucune prescription. Au total 80 (65 %) ont réalisé un contrôle glycémique. Le taux d'observance était de 78 % pour les prescriptions hospitalières (62/79) et 100 % (18/18) pour le généraliste, avec une différence significative selon le prescripteur ($p < 0,05$). En outre, seuls 63 comptes rendus (43 %) mentionnaient le diagnostic de DG, et parmi ceux-ci seuls 41 ont été envoyés au généraliste, soit 28 % de l'ensemble des DG. L'information du généraliste ressort comme le seul facteur qui améliore à la fois la connaissance des patientes sur le risque de diabète ($p = 0,01$) et l'observance au dépistage ($p = 0,02$).

Conclusion. – Nous constatons que le dépistage du diabète après un DG reste insuffisant malgré une politique de service. Le rôle du médecin traitant dans le suivi en post-partum d'un DG apparaît comme important, ce qui suggère qu'une collaboration renforcée entre la maternité et les généralistes permettrait d'optimiser le dépistage et la prévention primaire du diabète après un DG.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laurent.mandelbrot@lmr.aphp.fr (L. Mandelbrot).

KEYWORDS

Gestational diabetes;
Type 2 diabetes
mellitus;
Screening;
Postpartum;
Primary prevention;
Patient compliance;
Family physician

Summary

Objectives. – Following pregnancies with gestational diabetes mellitus (GDM), to assess: the perception by women of the risk of subsequent type 2 diabetes, the rate of screening for diabetes in the postpartum, and identify the factors leading women to undergo screening, in particular with respect to the information given to the general practitioner (GP) by the obstetrical team.

Methods. – A cohort study of all women with GDM who delivered in a single academic hospital between 1st June 2008 and 31st May 2009, based on data extracted from files and from phone interviews made 6 to 12 months after the delivery.

Results. – Out of 152 GDM cases, 147 medical files were consulted and 124 phone interviews were performed. Fifty-one percent of the interviewed women were aware of the risk of type 2 diabetes. Eighty patients (65%) underwent postpartum glucose testing, out of which 69 were prescribed by the maternity and 27 women (22%) did not get any prescription. The compliance rate was 78% (53/69) for the hospital prescriptions and 100% (18/18) for the GP's prescriptions, a significant difference in uptake ($P < 0.05$). Although it appears that the information given to the GP is the only factor improving patient awareness about type 2 diabetes ($P = 0.01$), as well as their compliance to postpartum glucose testing ($P = 0.02$), only 41 reports (28%) were sent to the GP out of the 63 reports (43%) mentioning the GDM.

Conclusion. – Postpartum testing for type 2 diabetes following a GDM was not optimal in this study. In view of the key role played by the GP in the postpartum period, it appears that cooperation between maternity and GPs needs to be reinforced in order to maximise both proper screening and diabetes primary prevention following GDM.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La pandémie de diabète de type 2 est un problème majeur à travers le monde, en raison de sa redoutable morbi-mortalité et de son poids économique qui augmente inexorablement. Au niveau mondial, selon l'OMS, les dépenses pour prévenir et traiter le diabète ont été estimées à plus de 376 milliards de dollars pour 2010, soit 11,6% des dépenses totales de santé [1]. Plus précisément, en France, en 2007, sur dix euros dépensés dans le domaine de la santé, un euro est consacré aux remboursements de soins des patients diabétiques [2], ce rapport étant de un pour cinq dollars aux États-Unis [3].

Ralentir la progression de l'incidence du diabète de type 2 est donc devenu un enjeu prioritaire de santé publique, qui doit porter à la fois sur des mesures de prévention primaire et sur un dépistage précoce ciblé sur les sujets à risque. Parmi les facteurs de risque de diabète de type 2, figure le diabète gestationnel (DG) qui regroupe, par définition, tout trouble de la régulation glycémique découvert pour la première fois pendant la grossesse. Il complique 2 à 17% des grossesses selon les études et sa prévalence augmente progressivement depuis 20 ans [4]. Le risque de développer un diabète de type 2 après un DG est multiplié par 7 par rapport aux femmes sans antécédent de DG [5], avec un risque significativement plus élevé en cas d'indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m², d'insulinothérapie pendant la grossesse et/ou d'un âge gestationnel précoce au moment du diagnostic [6].

Après un DG, il est recommandé de dépister un trouble de la glycorégulation dans les semaines qui suivent l'accouchement [7,8]. Or, les études montrent que la proportion de femmes éligibles participant au dépistage est très insuffisante, malgré une nette augmentation observée depuis plus de dix ans [9–11]. Nous avons donc voulu

évaluer le taux de dépistage du diabète de type 2 après un DG dans notre population, ainsi que les facteurs influençant ce dépistage, en nous intéressant particulièrement au rôle du médecin traitant.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale, réalisée par grille de recueil de données et entretien téléphonique, et menée dans la maternité du centre hospitalier universitaire Louis-Mourier en région parisienne. Elle porte sur la totalité des femmes suivies pour un DG et ayant accouché entre le 1^{er} juin 2008 et le 31 mai 2009. Les critères d'exclusion sont les suivants : existence d'un diabète prégestationnel connu, suivi de grossesse ou accouchement dans une autre maternité. La population a été constituée grâce aux dossiers de la diététicienne du service à laquelle est adressée toute patiente suivie pour un DG.

Dans le service, en dehors de cas particuliers, le DG était, au moment de l'étude, dépisté de manière systématique entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée par le test de O'Sullivan. Si la glycémie était supérieure ou égale à 2 g/L (11 mM), le diagnostic de DG était posé d'emblée. En cas de dépistage positif (glycémie supérieure ou égale à 1,30 g/L [7,2 mM]), la patiente recevait des conseils diététiques lors d'un cours collectif avec une diététicienne (cours individuel en cas de problèmes de compréhension) et devait réaliser un test diagnostique après dix jours de régime par dosage de la glycémie à jeun (GAJ) (G0) et de la glycémie une heure et 30 minutes après le petit-déjeuner (glycémie postprandiale [GPP]). Le diagnostic de DG était posé si G0 était supérieur à 0,95 g/L (5,2 mM) et/ou si GPP était supérieur à 1,20 g/L (6,6 mM), et la patiente revoyait la diététicienne en entretien individuel pour débiter un régime diabétique. En suites de couches, la patiente recevait une ordonnance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273024>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273024>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)