

Le diabète pendant la grossesse

La présente Directive clinique a été rédigée par le Comité de médecine fœto-maternelle, analysée par le comité consultatif de médecine familiale, le comité sur les initiatives en santé des Autochtones et le comité de pratique clinique-obstétrique et l'Association canadienne du diabète, et approuvée par le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Howard Berger, MD, Toronto (Ont.)

Robert Gagnon, MD, Montréal (Qc)

Mathew Sermer, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Melanie Basso, RN, Vancouver (C.-B.)

Hayley Bos, MD, Victoria (C.-B.)

Richard N. Brown, MD, Beaconsfield (Qc)

Emmanuel Bujold, MD, Québec (Qc)

Stephanie L. Cooper, MD, Calgary (Alb.)

Robert Gagnon, MD, Montréal (Qc)

Katy Gouin, MD, Québec (Qc)

N. Lynne McLeod, MD, Halifax (N.-É.)

Savas M. Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)

William R. Mundle, MD, Windsor (Ont.)

Anne Roggensack, MD, Calgary (Alb.)

Frank L. Sanderson, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Jennifer D. Walsh, MD, Rothesay (N.-B.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : Diabetes, pregnancy, stillbirth

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.05.001>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(7):680-694

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Résumé

Objectif : La présente Directive passe en revue les données probantes liées au diagnostic et à la prise en charge obstétricale du diabète durant la grossesse.

Issues : Les issues évaluées étaient les issues maternelles à court et à long terme, dont la prééclampsie, la césarienne, le diabète éventuel et d'autres complications cardiovasculaires et les issues fœtales, dont les anomalies congénitales, la mortinaissance, la macrosomie, le traumatisme de la naissance, l'hypoglycémie et les effets à long terme.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed et The Cochrane Library au moyen d'un vocabulaire contrôlé (termes MeSH « diabète » et « grossesse ») appropriés. Le cas échéant, les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune limite n'a été imposée en matière de date, mais les résultats ont été limités aux articles publiés en anglais ou en français.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

DÉCLARATIONS SOMMAIRES :

1. Les issues indésirables qui se rattachent au diabète pendant la grossesse sont, en grande partie, liées à l'hyperglycémie et à l'environnement métabolique coexistant. Les femmes qui avaient des antécédents préexistants de diabète devraient recevoir des soins préconception afin d'optimiser le contrôle de la glycémie et d'autres comorbidités. Les issues pour le fœtus/nouveau-né et la mère dans les cas de grossesses compliquées autant par le diabète sucré prégestationnel que par le diabète sucré gestationnel sont améliorées par la prise en charge multidisciplinaire dont le but consiste à obtenir un contrôle optimal de la glycémie et une surveillance fœtale adéquate. (II-2)
2. Des études rétrospectives indiquent que les femmes atteintes de diabète sucré prégestationnel font face à un risque accru de mortinatalité avant la 40^e semaine de gestation comparativement à la population obstétricale générale. Dans le même ordre d'idées, d'importantes études récentes de cohorte et de simulation réalisées auprès de femmes atteintes de diabète sucré gestationnel durant la grossesse indiquent également un risque plus élevé de mortinatalité entre la 36^e et la 39^e semaine de gestation. (II-2)

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

3. Les femmes aux prises avec le diabète sucré gestationnel ont un risque plus élevé de prééclampsie, de dystocie de l'épaule, de césarienne et d'avoir des bébés atteints d'hypertrophie. (II-2)
4. Le traitement des femmes atteintes de diabète sucré gestationnel et l'optimisation du contrôle de la glycémie réduisent le risque de prééclampsie, de dystocie de l'épaule et d'hypertrophie fœtale. (I)
5. L'apparition de diabète sucré gestationnel augmente le risque, pour la mère, de souffrir un jour du diabète de type 2. (II-2)

RECOMMANDATIONS :

1. L'approche « privilégiée de dépistage et de diagnostic en deux étapes » concernant le diabète sucré gestationnel mentionnée dans les Lignes directrices de 2013 de l'Association canadienne du diabète a notre approbation. Toutes les femmes enceintes devraient se voir offrir un test de dépistage entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse utilisant une épreuve de dépistage de charge en glucose normalisée de 50 g non à jeun accompagnée d'une mesure du taux de glycémie plasmatique une heure plus tard. (III-B)

1.1. Si la valeur est $< 7,8$ mmol/L, aucune autre épreuve n'est nécessaire.

- 1.2. Si la valeur de l'épreuve de dépistage de charge en glucose se situe entre 7,8 et 11,0 mmol/L, une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g deux heures après l'ingestion accompagnée d'une mesure du taux de glycémie plasmatique à jeun, du taux de glycémie plasmatique une heure après l'ingestion et du taux de glycémie plasmatique deux heures après l'ingestion devrait être effectuée.

Le diabète sucré gestationnel est diagnostiqué si l'on atteint ou dépasse l'une des valeurs suivantes :

- i. Glycémie plasmatique à jeun $\geq 5,3$ mmol/L
- ii. Glycémie plasmatique 1 heure après l'ingestion $\geq 10,6$ mmol/L
- iii. Glycémie plasmatique 2 heures après l'ingestion $\geq 9,0$ mmol/L

1.3. Si la valeur de l'épreuve de dépistage de charge en glucose est $\geq 11,1$ mmol/L, le diabète sucré gestationnel est diagnostiqué.

2. L'approche « de rechange du diagnostic en une seule étape » proposée dans les Lignes directrices de 2013 de l'Association canadienne du diabète est acceptable. Dans cette stratégie, les femmes enceintes devraient se voir offrir un test de dépistage entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse utilisant une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale normalisée de 75 g 2 heures après l'ingestion accompagnée d'une mesure du taux de glycémie plasmatique à jeun, du taux de glycémie plasmatique une heure après l'ingestion et du taux de glycémie plasmatique deux heures après l'ingestion. (III-B)

Le diabète sucré gestationnel est diagnostiqué si l'on atteint ou dépasse l'une des valeurs suivantes :

- i. Glycémie plasmatique à jeun $\geq 5,1$ mmol/L
- ii. Glycémie plasmatique 1 heure après l'ingestion $\geq 10,0$ mmol/L
- iii. Glycémie plasmatique 2 heures après l'ingestion $\geq 8,5$ mmol/L

Il est admis que l'utilisation de différents seuils diagnostiques pour les stratégies « privilégiée » et « de rechange » pourrait causer de la confusion dans certains contextes. Malgré cela, le Comité a déterminé l'importance de rester en harmonie avec les Lignes directrices de 2013 de l'Association canadienne du diabète comme étant une priorité. Il est donc recommandé que chaque centre de soins procède à l'harmonisation stratégique avec une des deux stratégies et mette en œuvre des protocoles afin d'assurer une communication uniforme et cohérente des résultats des épreuves.

3. Si le risque de diabète sucré gestationnel est élevé pour une patiente en s'appuyant sur plusieurs facteurs de risque, on devrait lui offrir de se soumettre au dépistage ou à une épreuve durant la première moitié de la grossesse, test ou épreuve que l'on répéterait entre la 24^e et la 28^e semaine de gestation si tout était normal au départ. Si, pour une raison ou une autre, ce premier test a été raté ou s'il y a suspicion clinique d'apparition ultérieure de diabète gestationnel, un test de dépistage ou diagnostique devrait être effectué. (II-2B)
4. Des soins visant à atteindre et à maintenir par la suite l'euglycémie devraient être prodigués par une équipe multidisciplinaire aux femmes aux prises avec des troubles de diabète sucré préexistants ou gestationnels. (II-2B)
5. Dans le cas des patientes aux prises avec des troubles de diabète sucré prégestationnel ou de diabète sucré gestationnel, il est suggéré d'évaluer l'effet du contrôle maternel de la glycémie sur le taux de croissance fœtale et le volume de liquide amniotique à compter de la 28^e semaine à titre de référence et de faire par la suite une évaluation périodique de la croissance fœtale toutes les 3 à 4 semaines. (II-2B)
6. Il est recommandé d'amorcer une évaluation hebdomadaire du bien-être fœtal à la 36^e semaine en présence de diabète sucré prégestationnel et de diabète sucré gestationnel. C'est également raisonnable d'envisager une évaluation fœtale hebdomadaire chez les femmes aux prises avec des troubles de diabète sucré gestationnel contrôlé par un régime alimentaire à compter de la 36^e semaine. Les méthodes d'évaluation acceptables du bien-être fœtal à l'approche de l'accouchement peuvent notamment comprendre l'examen de la réactivité fœtale, l'examen de la réactivité fœtale accompagné de l'indice de liquide amniotique, la détermination du profil biophysique ou une combinaison de ces méthodes. (III-A)
7. En présence de facteurs de comorbidité, comme l'obésité, une preuve de contrôle sous-optimal de la glycémie, l'hypertrophie fœtale ($> 90\%$), un antécédent de mortinaissance, l'hypertension ou l'hypotrophie fœtale ($< 10\%$), une surveillance amorcée plus

ABRÉVIATIONS

ACD	Association canadienne du diabète
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ASG	autosurveillance glycémique
DS	diabète sucré
DSG	diabète sucré gestationnel
DSP	diabète sucré prégestationnel
EDCG	épreuve de dépistage de charge en glucose
EHVO	épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale
ERF	examen de réactivité fœtale
GJ	glycémie à jeun
GPAJ	Glycémie plasmatique à jeun
HAPO	Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome
HF	hypertrophie fœtale
IADPSG	Association internationale des groupes d'études sur le diabète gestationnel
IMC	indice de masse corporelle
RR	risque relatif

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3960255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3960255>

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