

Dépistage des dysglycémies gestationnelles après chirurgie bariatrique

Screening for gestational dysglycemia after bariatric surgery

M. Pigeyre¹, E. Cosson², P. Ritz³

¹ Centre spécialisé et intégré de l'obésité, CHRU de Lille, Université de Lille.

² Département d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, CRNH-IdF, CINFO, AP-HP, Hôpital Jean-Verdier, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bondy ; UMR Inserm U1153/Inra U1125/Cnam/Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Bobigny.

³ Inserm U1027, unité de nutrition, centre intégré de l'obésité, CHU de Toulouse, pôle cardiovasculaire et métabolique.

Résumé

La chirurgie bariatrique semble diminuer l'incidence du diabète gestationnel (DG) chez les femmes obèses, toutefois la question « Comment définir, dépister et prendre en charge le DG après chirurgie bariatrique ? » reste ouverte, alors que la littérature ne permet pas pour l'instant de répondre avec un haut niveau de preuve. Considérant le risque (pour la mère et l'enfant) d'une exposition à des valeurs glycémiques anormales, nous proposons dans cet article une stratégie pragmatique de dépistage du DG chez les femmes après chirurgie bariatrique.

Mots-clés : Chirurgie bariatrique – grossesse – diabète gestationnel – dépistage.

Summary

Bariatric surgery seems to decrease incidence of gestational diabetes mellitus (GDM) on obese women, although "How to define, to screen and to manage GDM?" is still an open question, for which the literature does not allow to answer yet with a high level of evidence. Considering the risk (for the mothers and their babies) of exposure to abnormal glycemic values, we suggest in this paper a pragmatic strategy to screen women for GDM after bariatric surgery.

Key-words: Bariatric surgery – pregnancy – gestational diabetes mellitus – screening.

Correspondance

Marie Pigeyre

Centre spécialisé et intégré de l'obésité
CHRU de Lille

2, avenue Oscar Lambret
F-59037 Lille Cedex.

marie.pigeyre-2@univ-lille2.fr

Introduction

• L'obésité expose les femmes à un risque accru de complications pendant la grossesse, tels que le diabète gestationnel (DG) et la macrosomie fœtale [1] ; et plus de la moitié des femmes qui bénéficient d'une chirurgie bariatrique en France sont en âge de procréer [2]. L'incidence du DG semble se réduire après chirurgie bariatrique comparativement aux femmes enceintes obèses qui n'ont pas bénéficié de chirurgie (*odds ratio* allant de 0,31 [3] à 0,47 [4] dans les méta-analyses), mais celle-ci reste plus élevée que chez les femmes enceintes non obèses [4, 5].

• Le DG, 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, doit être dépisté en présence d'au moins un des critères suivants [6] :

- âge maternel ≥ 35 ans ;
- indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m² ;
- antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré ;
- antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome.

Même si la chirurgie bariatrique permet une perte de poids notable, la plupart des femmes opérées n'arrivent pas à un IMC au-dessous de 25 kg/m² et restent dans les critères de dépistage du DG, lui-même associé à la survenue de complications materno-fœtales [7].

• L'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) est actuellement recommandée pour détecter le DG, toutefois sans tenir compte d'un antécédent de chirurgie bariatrique. Selon les critères de l'*International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADSPG) [8], qui ont été validés en France [6], le diagnostic est posé dès lors qu'une valeur de glycémie est pathologique : à jeun (GàJ) $\geq 0,92$ g/L (5,1 mmol/L), ou à 1 h $\geq 1,80$ g/L (10,0 mmol/L), ou à 2 h $\geq 1,53$ g/L (8,5 mmol/L) [6, 8]. Son application est discutable dans le contexte chirurgical bariatrique, surtout après les procédures malabsorptives. En effet, après chirurgie, près de deux femmes enceintes

sur trois présentent des effets secondaires liés à la charge orale en glucose, comprenant des nausées, des hypoglycémies, des dumping syndromes et des diarrhées, ce qui peut biaiser l'interprétation des résultats du test [9]. De plus, la cinétique d'absorption du glucose pouvant être modifiée après certaines procédures chirurgicales, la validité des critères diagnostiques de DG est sujette à discussion [9]. En fait, après chirurgie bariatrique, les niveaux de glycémies durant l'HGPO sont nettement augmentés à 1 heure, alors qu'ils sont plus bas à jeun et à 2 heures [10]. La prévalence du DG a ainsi été estimée à 43,5 % si l'on utilise le seuil glycémique à 1 h, et à 1,6 % en utilisant le seuil à 2 h [11]. En outre, après chirurgie, le pic de glycémie durant l'HGPO est atteint plus précocement, autour de 30-45 minutes [12].

• L'exposition aux glycémies anormales pendant la grossesse commence seulement à être caractérisée après chirurgie bariatrique [10], et ses conséquences pour les femmes enceintes et leurs descendances ne sont pas connues précisément. Des essais cliniques sont encore nécessaires pour évaluer ces risques et pour proposer une prise en charge appropriée.

• Compte tenu de ce manque d'évidence, la stratégie de dépistage d'une « dysglycémie » gestationnelle significative après chirurgie bariatrique doit se baser sur le risque résultant de l'augmentation de l'exposition à des

valeurs anormales de glycémie pendant la grossesse. Cet algorithme, montré *figure 1*, pourrait consister en trois étapes (décrites ci-dessous) pour toutes les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique [13].

Proposition d'algorithme de dépistage d'une dysglycémie gestationnelle après chirurgie bariatrique

Étape 1 : détection et diagnostic d'une dysglycémie avant la grossesse (diabète et état de prédiabète)

Avant la conception, toutes les femmes désireuses d'un enfant après chirurgie bariatrique devraient bénéficier d'une mesure de la GàJ et de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}). Les valeurs inférieures aux seuils de 1,00 g/L (5,5 mmol/L) et de 5,7 %, respectivement, excluraient un diagnostic de dysglycémie avant la grossesse selon les recommandations de l'*American Diabetes Association* (ADA) [14]. En cas de diabète ou de prédiabète, la grossesse devrait être planifiée, une évaluation du risque de complications liées au diabète effectuée, et le traitement adapté, afin d'obtenir un contrôle glycémique avec une valeur cible d'HbA_{1c} < 6,5 %. En cas de dysglycémie, les patientes commenceront l'autosurveillance glycémique (ASG).

Les points essentiels

- « Comment définir, dépister et prendre en charge le diabète gestationnel (DG) après chirurgie bariatrique » est une question sujette à discussion.
- L'application des recommandations de dépistage de DG est discutable dans le contexte chirurgical bariatrique, surtout après les procédures malabsorptives.
- La stratégie de dépistage d'une « dysglycémie » gestationnelle significative après chirurgie bariatrique doit se baser sur le risque résultant de l'augmentation de l'exposition à des valeurs anormales de glycémie pendant la grossesse.
- Nous suggérons une approche pragmatique, adaptant le dépistage à chaque période gestationnelle (de la conception au 3^e trimestre) et à chaque type de procédures bariatriques (malabsorptive *versus* restrictive), et prenant en charge les patientes selon les cibles thérapeutiques glycémiques fixées pour le DG.
- Des essais cliniques sont encore nécessaires pour évaluer les risques d'une exposition aux glycémies anormales pendant la grossesse pour les femmes enceintes et leurs progénitures, et pour proposer une prise en charge appropriée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8723512>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8723512>

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