

## Info-parents

### Dépistage du diabète gestationnel

(mis à jour janvier 2023)

La grossesse est un moment de grands changements, physiques et psychologiques. Le diabète gestationnel est une complication possible qui amène des interventions et des effets indésirables durant la grossesse et le postpartum. La meilleure façon de prévenir le diabète demeure d'adopter de saines habitudes de vie dès le début de la grossesse. Une alimentation équilibrée et de l'activité physique régulière ont des impacts positifs sur la grossesse et la santé de la mère et du bébé.

#### Qu'est-ce que le diabète gestationnel?

La grossesse occasionne un changement normal du métabolisme du glucose (sucre). Toutefois, lorsqu'une femme enceinte est atteinte de diabète gestationnel (DG), le corps n'arrive plus à réguler lui-même son taux de glucose sanguin. Le DG se définit comme une intolérance au glucose qui apparaît pour la première fois durant la grossesse et qui se manifeste à des degrés de sévérité variables.

**De nombreuses études ont été faites sur ce sujet, mais les risques, les conclusions et les recommandations ne font pas l'unanimité dans la littérature.** Toutefois, de nouvelles données documentent maintenant une réduction de certaines complications chez la mère et le bébé après le diagnostic, le traitement et la prise en charge du DG.

#### Quelles sont les conséquences négatives possibles du DG?

Les principales conséquences négatives du DG sont une augmentation du risque :

- de macrosomie (bébé de plus de 4 kg)
- de dystocie des épaules chez le nouveau-né ainsi que les blessures qui y sont associées (paralysie du plexus brachial, fracture de la clavicule ou de l'humérus)
  - il est important de souligner que la moitié des cas de dystocie des épaules surviennent chez des bébés qui n'avaient pas de facteurs de risques
- de bébé de petit poids (sous le 10<sup>e</sup> percentile)
- d'hypoglycémie chez le nouveau-né (baisse du taux de sucre du bébé après la naissance)
- de décès du bébé avant ou après la naissance (mortinaissance)
- de développer, en fin de grossesse chez la mère, de la haute tension artérielle et une pré-éclampsie (pathologie reliée à la pression artérielle)
- de césarienne
- pour la mère et le bébé de développer un diabète de type 2 plus tard

#### Qui sont les femmes à risque de développer un DG?

Les femmes présentant un ou plusieurs facteurs de risque sont plus susceptibles de développer un DG. Les **facteurs de risques** principaux sont les suivants :

- Obésité (IMC >30)
- Diabète gestationnel lors d'une grossesse précédente
- Diabète dans la famille proche (mère, sœur,...)

- Accouchement antérieur d'un bébé de plus de 4 kg
- Âge > 35 ans
- Certaines origines ethniques (autochtone, africaine, asiatique, hispanique, sud-asiatique)
- Syndrome des ovaires polykystiques
- Acanthosis nigricans (Hyperpigmentation de la peau)
- Prise de corticostéroïde

#### Recommandations :

Toutes les femmes devraient se voir proposer un test de dépistage entre 24 et 28 semaines de grossesse. En présence de facteurs de risque, il est recommandé de faire le dépistage en début de grossesse et de le répéter entre 24 et 28 semaines de grossesse, si le 1<sup>er</sup> dépistage est négatif.

**\*Les femmes présentant des facteurs de risque peuvent se faire référer en prévention à la clinique de diabète dès le début de la grossesse.**

#### Quels sont les tests pour dépister et diagnostiquer le DG?

Le test de **dépistage** reconnu est le test d'hyperglycémie provoquée, il est fait entre 24 et 28 semaines de grossesse. Ce test consiste à boire un liquide contenant 50g de glucose. Une heure après, on mesure le taux de sucre dans le sang. Bien que certains centres de prélèvements procèdent autrement, les centres de prélèvements de notre établissement requièrent d'être à jeun 2h avant de faire ce test. Si le résultat est trop élevé, un autre test est prescrit, celui de 75g, qui doit se faire dans la semaine suivante. Parfois, le résultat du test de 50g peut être suffisamment élevé pour diagnostiquer un DG. Le test de 75g n'est alors pas nécessaire.

Le test qui permet de poser un **diagnostic** de DG est le test de 75g. Une prise de sang est faite à jeun avant de boire le liquide sucré, puis d'autres prises de sang sont faites une heure et deux heures après.

Une approche alternative est possible selon la situation et consiste à faire directement le test de 75g, sans passer le test de dépistage. Cela évite de faire deux examens. Dans ce cas, les valeurs permettant de faire un diagnostic ne sont pas les mêmes. Cette approche est reconnue comme étant aussi valide pour le dépistage du DG mais ne constitue pas le premier choix des associations médicales canadiennes.

Comme tous les tests, celui-ci comporte des limites. Il est imprécis et a une faible reproductibilité, c'est donc dire qu'on n'obtient pas des résultats similaires en répétant le test. De plus, la solution sucrée utilisée pour les tests (50g ou 75g) peut occasionner les effets secondaires suivants chez certaines femmes : nausées, vomissements, ballonnements, diarrhée, étourdissements, maux de tête, fatigue.

Pour les femmes qui choisissent de ne pas faire ces tests, les sages-femmes peuvent proposer un test de glycémie capillaire (au bout du doigt) de façon aléatoire ou, idéalement, à jeun. Cette façon de faire n'est pas l'équivalent d'un test de dépistage, car il n'y a pas eu d'études sur cette approche. Cela permet seulement de mesurer ponctuellement la glycémie. Une glycémie capillaire à jeun peut mener à un diagnostic de DG selon le résultat. Les femmes pourraient également tenir elles-mêmes un journal maison de leurs glycémies.

## Que se passe-t-il si un diabète gestationnel est diagnostiqué?

Les femmes diagnostiquées avec un DG sont référées à la clinique de diabète de l'hôpital de St-Jérôme. Elles rencontrent une nutritionniste qui les conseille sur l'alimentation et une infirmière qui leur enseigne à mesurer leurs glycémies à la maison. La majorité des femmes (82 à 93%) réussissent à contrôler leur taux de sucre uniquement avec un ajustement alimentaire et de l'exercice. Celles-ci peuvent rester sous les soins de leur sage-femme. S'il n'est pas possible de contrôler leurs glycémies, un médecin prescrira de l'insuline (7 à 20% des cas). À ce moment, le suivi est transféré sous les soins du médecin et le suivi avec la sage-femme cesse.

Pour les femmes ayant un DG contrôlé par la diète, la SOGC :

- Suggère d'évaluer la croissance fœtale et le volume du liquide amniotique par échographie à partir de 28 semaines, puis chaque 3-4 semaines;
- Affirme qu'il est raisonnable d'envisager une surveillance du bien-être fœtal chaque semaine à partir de 36 semaines (un monitoring et possiblement une échographie);
- Recommande d'offrir le déclenchement du travail des femmes avec un DG contrôlé avec la diète au plus tard à 40 semaines (entre 38-40 semaines selon le contrôle des glycémies et les facteurs de risque).

Il est important de souligner que la SOGC ne fait pas de distinction entre le diabète préexistant, le DG contrôlé par l'alimentation et celui contrôlé par l'insuline. Cela fait en sorte que les recommandations sont les mêmes pour tout le monde, sans égard à la qualité du contrôle des glycémies.

À l'hôpital régional de St-Jérôme, la prise en charge des femmes ayant un DG contrôlé par la diète consiste en une échographie de croissance à 34 semaines de grossesse, une surveillance hebdomadaire du bien-être fœtal (monitoring du cœur fœtal) à partir de 36 semaines de grossesse et un déclenchement suggéré vers 40 semaines de grossesse. Il est aussi recommandé de faire la surveillance du bien-être fœtal tous les 2-3 jours lorsque les femmes déclinent le déclenchement du travail.

En présence de facteur de risque (obésité, contrôle sous-optimal de la glycémie, poids fœtal estimé plus haut que le 90<sup>e</sup> percentile ou plus bas que le 10<sup>e</sup> percentile, antécédent de mortinaissance, hypertension), il est recommandé de débiter la surveillance plus tôt et/ou de la faire de façon plus fréquente.

## Pourquoi traiter le diabète gestationnel?

De nouvelles données documentent maintenant une réduction de certains risques énumérés plus haut après le diagnostic et la prise en charge du diabète. Selon la SOGC, le traitement des femmes atteintes de DG et l'optimisation du contrôle de la glycémie:

- réduisent le risque de pré éclampsie
- réduisent le risque de macrosomie (bébé ayant un poids supérieur à 4kg)
- réduisent le risque de dystocie des épaules



Les répercussions du déclenchement du travail sur les taux de césarienne et sur les complications chez le nouveau-né demeurent controversées.

### Que se passe-t-il après l'accouchement?

L'allaitement et le peau-à-peau devraient être encouragés tôt après l'accouchement pour éviter les baisses de sucre sanguin chez le bébé (hypoglycémie). Si elle le juge nécessaire, votre sage-femme pourrait faire un prélèvement sanguin à votre bébé pour mesurer son taux de sucre sanguin. De plus, l'allaitement est un facteur de protection contre le diabète pour la mère et pour son enfant à long terme.

Normalement, le DG se résorbe sans problème après l'accouchement. Les femmes ayant eu un diagnostic de DG sont toutefois à plus haut risque de développer un diabète plus tard en raison des facteurs de risque commun au DG et au diabète. Elles devraient faire un test d'hyperglycémie orale de 75g entre 6 semaines et 6 mois après leur accouchement et adopter un mode de vie sain.

**N'hésitez pas vous adresser à votre sage-femme pour plus d'informations.**

### Références

Association of Ontario Midwives. « Gestational Diabetes Mellitus: a review for midwives

Berger H., Gagnon R., Sermer M., Directive clinique No. 393- Le diabète pendant la grossesse. SOGC, 2019

Hiéronymus, S., Meaux, J.-P. «Intérêt du dépistage du diabète gestationnel et comparaison des stratégies ciblées et systématique», *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol.29, 2010, S200-S213

UpToDate (Coustan, D. R.) «**Diabetes mellitus in pregnancy: Screening and diagnosis, 2017**

Urgences obstétricales; manuel de formation; Association des sages-femmes de l'Ontario ;2015

U.S Preventive Services Task Force. «Screening for Gestational Diabetes Mellitus», *U.S Preventive Service Task Force Recommendation Statement*, 2008

World Health Organization. «Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy», 2013