

Diabète et grossesse : l'application des recommandations internationales donne l'occasion d'améliorer les soins

Sara J. Meltzer, MD, FRCPC, et Diana Sherifali, PhD, BScN, CDE

NOTE DE LA RÉDACTION

Récemment, d'importantes recommandations internationales ont été énoncées en ce qui a trait au dépistage, au diagnostic et à la gestion du diabète pendant la grossesse, certaines étant différentes des lignes directrices antérieures. En 2009, la Fédération internationale du diabète (FID) a publié un document intitulé *Global Guideline on Diabetes in Pregnancy*¹. La participation à l'*International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups* (IADPSG), association qui avait d'abord été formée pour gérer l'essai international HAPO (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*), a par la suite été ouverte à des pays qui n'avaient pas contribué à l'essai HAPO afin de parvenir à un consensus international sur les méthodes utilisées pour le dépistage, le diagnostic et la classification du diabète gestationnel (DG). Les recommandations de l'IADPSG ont aussi été publiées récemment².

L'examen des questions relatives au diabète pendant la grossesse a comme principal but la conscientisation sur l'importance du diagnostic et du traitement des femmes qui présentent une forme

quelconque de diabète pendant la grossesse. Dans ses lignes directrices de pratique clinique de 2008³, l'Association canadienne du diabète (ACD) reconnaissait que trop peu de femmes faisaient l'objet d'une évaluation dans le postpartum (souvent seulement 20 à 30 % d'entre elles) malgré le fait qu'une évaluation soit recommandée dans tous les cas, ce qui montre que des mesures énergiques doivent être prises pour corriger la situation. Au cours des six prochains mois, dans le cadre d'un projet de mise en application des lignes directrices de l'ACD, de nombreux avis seront diffusés à l'échelle communautaire et du système de santé pour éduquer les femmes qui ont déjà présenté un DG, ainsi que tous les professionnels de la santé qui les traitent, sur l'importance du suivi dans le postpartum. Le présent numéro de *Le diabète au Canada* replace ce besoin en contexte.

À la page 3, la D^{re} Denice Feig compare les lignes directrices de l'ACD à celles de la FID et met l'accent sur une question

SUITE À LA PAGE 12



NOTE DE LA RÉDACTION...SUITE DE LA PAGE 16

importante, à savoir le besoin d'un contrôle optimal de la glycémie avant et pendant la grossesse, surtout que de plus en plus de femmes enceintes ignorent qu'elles souffrent de diabète de type 2 ou qu'elles présentent un DG⁴. Il faut absolument diagnostiquer le diabète de type 2 chez les femmes, car la planification d'une grossesse est aussi importante chez elles que chez les femmes atteintes de diabète de type 1. Il faut aussi que les femmes comprennent *pourquoi* elles doivent rechercher un contrôle optimal de la glycémie avant de tomber enceintes, soit pour prévenir les fausses couches et les anomalies congénitales. Les cliniciens doivent donc profiter de tous leurs contacts avec les femmes qui souffrent d'une forme quelconque de diabète pendant leurs années de reproduction pour les conscientiser, confirmer qu'elles utilisent une méthode de contraception valable et les aider à planifier les grossesses. Avant de tomber enceintes, les femmes diabétiques doivent prendre un supplément d'acide folique, abandonner le traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine ou une statine et faire l'objet d'une évaluation visant à rechercher les changements rétinien et tout signe de complications à type de néphropathie, de neuropathie ou de trouble cardiovasculaire. Les femmes chez qui les antihyperglycémiant oraux (metformine et/ou glibenclamide) contrôlent bien la glycémie devraient idéalement passer à l'insulinothérapie et s'assurer que celle-ci produit un bon contrôle avant de tomber enceintes.

Au Canada, quand c'est possible, les femmes enceintes doivent consulter une équipe de soins interdisciplinaire qui se spécialise dans le diabète chez les femmes enceintes. Les lignes directrices de l'ACD contiennent des recommandations spécifiques sur le contrôle de la glycémie pendant la grossesse, entre autres sur les ajustements qui s'imposent avant les repas en présence de diabète de type 1 et sur les ajustements qui s'imposent après les repas en présence de diabète de type 2 et de DG. Les lignes directrices de la FID et de l'ACD insistent sur l'importance de faire des évaluations dans le postpartum et l'ACD met l'accent sur l'importance du suivi des changements rétinien au cours de l'année qui suit l'accouchement chez les femmes qui présentaient un diabète avant la grossesse. Les deux ensembles de lignes directrices recommandent l'allaitement chez ces femmes, tant pour leur propre santé que pour la réduction de l'obésité chez les nouveau-nés, qui sont à risque.

Pour sa part, la D^{re} Lois Donovan (page 7) interprète pour le lecteur les recommandations de l'IADPSG, dont l'adoption pourrait modifier la pratique clinique. Selon une des principales

recommandations, toutes les femmes chez qui un diabète survient pendant la grossesse ne doivent pas nécessairement subir un test dans le postpartum pour clarifier leur état. Les recommandations indiquent que les mêmes critères doivent être utilisés pour diagnostiquer le diabète de type 2 pendant la grossesse et en dehors de l'état de grossesse, y compris un taux d'HbA_{1c} de plus de 6,5 % selon une épreuve normalisée. De plus, selon les mêmes recommandations, une évaluation de la glycémie doit être effectuée en même temps que les tests sanguins du premier trimestre de la grossesse. Cette évaluation devrait idéalement être faite à partir d'un échantillon prélevé à jeun ou, faute d'un tel échantillon, d'un échantillon aléatoire, et comporter une détermination du taux d'HbA_{1c}. Le dosage de la glycémie à jeun est préférable pour le diagnostic du DG survenant au début de la grossesse, car une glycémie à jeun de 5,1 mmol/L ou plus au premier trimestre (valeur supérieure au seuil diagnostique recommandé avec l'épreuve d'hyperglycémie provoquée après l'ingestion de 75 g de glucose) entraînerait automatiquement la mise en route d'un traitement contre le DG.

Un des aspects plus litigieux des lignes directrices de l'IADPSG est la recommandation selon laquelle seule l'épreuve d'hyperglycémie provoquée après l'ingestion de 75 g de glucose doit être utilisée et qu'il faut délaisser l'épreuve de charge en glucose de 50 g, dont l'efficacité est bien démontrée. Les nouveaux critères diagnostiques prêtent également à controverse (glycémie à jeun > 5,1 mmol/L, glycémie une heure après un repas > 10,0 mmol/L et glycémie deux heures après un repas > 8,5 mmol/L), tout comme la recommandation voulant que l'obtention d'un seul résultat anormal justifie la mise en route du traitement. Les répercussions de ces recommandations sur le système de santé restent à déterminer, mais selon une récente évaluation économique, elles seraient très coûteuses, du moins au Canada⁵.

Indépendamment de la façon dont le DG est diagnostiqué, il est essentiel que les cliniciens profitent de l'occasion pour optimiser le contrôle de la glycémie afin d'améliorer le devenir des femmes enceintes et de leurs enfants, tant à court qu'à long terme⁶⁻⁷. Fait encore plus important, chez les femmes qui présentent une intolérance au glucose, il y a un risque élevé de diabète à venir (12,4 fois celui observé dans la population de référence selon une étude canadienne), en association à un risque de syndrome métabolique et de maladies cardiovasculaires^{8,9}. Des études de longue durée ont montré que le syndrome métabolique et les facteurs de risque cardiovasculaire étaient quand même courants chez les femmes dont la glycémie demeurait normale¹⁰. Les enfants

de femmes chez qui l'intolérance au glucose évolue vers un diabète sont ceux chez qui le risque est le plus élevé; par conséquent, les soins pendant la grossesse et, en particulier, longtemps après l'accouchement, ainsi que la modification du mode de vie et, au besoin, les soins visant la prévention des maladies cardiovasculaires, pourraient non seulement réduire le risque chez les femmes, mais aussi chez leurs enfants¹⁰.

RÉFÉRENCES

1. Clinical Guidelines Task Force de la Fédération internationale du diabète. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Bruxelles, Belgique; Fédération internationale du diabète; 2009. Adresse : <http://www.idf.org/global-guideline-pregnancy-and-diabetes>. Consultation : 1^{er} avril 2010.
2. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. 2010;33:676-682.
3. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2008;32 (suppl. 2):S1 à S225.
4. Feig DS, Palda VA. Type 2 diabetes in pregnancy: a growing concern. *Lancet*. 2002;359:1690-1692.
5. Meltzer SJ, Snyder J, Penrod JR, et al. Gestational diabetes mellitus screening and diagnosis: a prospective randomised controlled trial comparing costs of one-step and two-step methods. *BJOG*. 2010;117:407-415.
6. Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T, et al. High prevalence of type 2 diabetes and pre-diabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes: the role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2008;31:340-346.
7. Dabelea D. The predisposition to obesity and diabetes in offspring of diabetic mothers. *Diabetes Care*. 2007;30(Suppl 2):S169-S174.
8. Feig DS, Zinman B, Wang X, et al. Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes. *CMAJ*. 2008;179: 229-234.
9. Shah BR, Retnakaran R, Booth GL. Increased risk of cardiovascular disease in young women following gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2008;31:1668-1669.
10. Egeland GM, Meltzer SJ. Following in mother's footsteps? Mother-daughter risks for insulin resistance and cardiovascular disease 15 years after gestational diabetes. *Diabet Med*. 2010;27:257-265.

Join one of the Canadian Diabetes Association's Professional Sections and benefit

Our Clinical and Scientific Section is focused on clinicians and scientists working with patients with diabetes.

Membership benefits include:

An opportunity to shape and impact policy at several levels through participation on committees and councils focused on advocacy, research and professional development. Annual meetings and conferences, input on the choice of the Young Scientist Award for outstanding diabetes research, and selection of the Gerald S. Wong Service Award. Complimentary copies of our professional publications: *Canadian Journal of Diabetes*, focused on leading-edge research and *Canadian Diabetes*, devoted to informing the GP/FP community of developments in the management of diabetes.

Our Diabetes Educator Section is for diabetes educators, dietitians, nurses, pharmacists, social workers and other professionals assisting persons living with diabetes. **Benefits of membership in this section include:**

Participation in CDA/CSEM joint professional national conference and annual meeting. Complimentary copies of *The Diabetes Communicator*, our comprehensive newsletter to serve the membership by providing information to assist educators in their practice; *Canadian Diabetes*, devoted to informing the GP/FP community of developments in the management of diabetes; and the *Canadian Journal of Diabetes*, our scientific, peer-reviewed journal which carries leading-edge research into diabetes. Career development opportunities through participation in our national committees and the development and production of training tools: project planning and local networking opportunities, eligibility for recognition and service awards.

Information about membership fees and application can be found at the Canadian Diabetes Association website:

www.diabetes.ca/for-professionals