

 SELARL BIOSAGA	Veille sanitaire N°44-Le diabète gestationnel (DG)	Page 1 / 3 Date d'application :
GEN-COM1-ENR007-50	Version : 1.0	2016-04-12

Bonjour,

La veille veille mais le front est calme, on en profite pour prendre de la hauteur sur nos pratiques quotidiennes...

Voici, tiré du BEH, un point sur le **diabète gestationnel (DG)** :

En France métropolitaine, en 2012, selon les données de l'étude Épifane, la prévalence du DG était de 8,0%. Bien que les estimations et les comparaisons de la prévalence du DG soient difficiles entre les pays du fait de la variabilité des pratiques de dépistage et de l'ancienneté de certaines données, la prévalence du DG a été estimée à environ 2 à 6% des grossesses en Europe, dans les années 2000, avec des valeurs plus élevées dans le sud de l'Europe. Cependant, il faut prendre en compte le fait que cette prévalence française de 8% a été estimée après le changement des recommandations. D'après une étude réalisée dans le Nord-Pas-de-Calais, l'utilisation des nouveaux seuils multiplierait par deux le taux de DG, avec une prévalence qui est passée de 6,3% en 1996 à 14% en 2011. Au niveau national, l'impact des recommandations semble moindre, avec une prévalence de 7,2% dans l'ENP en 2010 contre 8% dans notre étude en 2012, loin donc d'un doublement, voire d'un triplement de la prévalence évoqué comme une conséquence de l'application des seuils glycémiques recommandés par l'IADPSG dans le cadre d'un dépistage universel. Ceci pourrait s'expliquer par la mise en place progressive de ces recommandations. La mise en place d'un système de surveillance épidémiologique du DG à partir des données du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) permettra d'étudier les évolutions de sa prévalence d'une manière durable, avec une identification *via* un algorithme basé sur les données de consommations médicales et des hospitalisations). L'augmentation de la prévalence du DG avec l'âge et la corpulence élevée est connue. Une méta-analyse récente a également montré que le taux de récurrence du DG dans les grossesses ultérieures était de 48%. Par ailleurs, une étude française dans une zone à forte diversité ethnique a suggéré récemment que, par rapport aux femmes européennes, la prévalence du DG serait plus élevée chez les femmes originaires du Maghreb et moins élevée chez celles originaires d'Afrique subsaharienne. Dans notre étude, les femmes nées en Afrique avaient également la plus forte prévalence. Néanmoins, du fait de faibles effectifs, les femmes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne n'ont pas pu être analysées séparément. Il aurait été intéressant également d'étudier le sous-groupe des femmes d'origine asiatique. De même, nous n'avons pas pu investiguer les disparités régionales et caractériser finement d'éventuelles inégalités d'accès au dépistage. Ainsi, d'autres analyses seraient nécessaires sur de plus grands échantillons pour étudier ces disparités. Concernant la PCS, Bo et coll. ont montré une prévalence plus élevée chez les ouvrières. La littérature est plus contrastée concernant les associations avec le niveau d'études, reflétant probablement des choix d'ajustements différents dans les modèles. La fréquence de dépistage semble avoir diminué entre 2010 (85,9% dans l'ENP) et 2012 (75,9% dans notre étude), ce qui pouvait être attendu avec la mise en place du dépistage ciblant des femmes ayant des facteurs de risque. Il faut noter que notre définition du dépistage basée essentiellement sur le test de charge en glucose sous-estime le taux de dépistage. Cependant, la question étant posée à la mère à la maternité, il a semblé que les femmes auraient des difficultés à donner des informations fiables sur les glycémies à jeun précoces, parfois réalisées en même temps que plusieurs autres dosages biologiques. *A contrario*, les femmes se remémorent bien le test de charge en glucose.

Malgré tout, la fréquence du dépistage, même sous-estimée, reste relativement élevée par rapport à d'autres pays. Une analyse récente en Lombardie (Italie) a conclu à un taux de dépistage

de 30% en 2007-2010 pour un dépistage recommandé pour des facteurs de risque très similaires à ceux des recommandations françaises. Ce taux était de 68% dans une étude américaine dans une population âgée de plus de 25 ans et de 89% sur la période 2000-2010 dans une étude israélienne où un dépistage universel est recommandé. Néanmoins, malgré des fréquences de dépistage chez les femmes à risque plus élevées qu'en population générale, les données de l'étude Épifane montrent qu'il reste une fraction non négligeable de femmes à risque qui ne sont pas dépistées, notamment celles âgées de plus de 35 ans, en surpoids ou obèses, ou ayant des antécédents de DG. L'absence d'association entre dépistage et pays de naissance, niveau d'études, PCS est cohérente avec l'absence de ces facteurs dans les critères de dépistage. Néanmoins, la prévalence plus élevée du DG chez les femmes nées en Afrique pose la question de sa prise en compte parmi ces critères de dépistage. Cosson et coll. ont récemment montré que les facteurs de risque sélectionnés dans les recommandations françaises n'avaient pas la même valeur prédictive pour toutes les origines ethniques. Notamment, dans leur étude, ces critères ne prédisaient pas le DG chez les femmes d'origine asiatique, indienne, pakistanaise et sri-lankaise. Une réflexion similaire pourrait être menée sur l'apport de la prise en compte de la PCS dans les critères de dépistage, bien que le niveau de preuve soit plus faible que pour l'origine ethnique.

Concernant la prise en charge de la grossesse, 86,5% des femmes avec un DG diagnostiqué avaient consulté un endocrinologue ou un(e) diététicien(ne). Une large proportion (48,8%) des femmes avaient reçu des recommandations relatives à l'activité physique et l'utilisation d'un lecteur glycémique était très répandue (81,8%). À notre connaissance, il s'agit des premières données de ce type en population générale. Le taux de traitement par insuline avait *a contrario* déjà été estimé en 2010 dans l'ENP et était proche de celui retrouvé dans notre étude (23,1% dans l'ENP contre 26,9% ici).

Alors que la prise de poids gestationnelle était très similaire chez les non dépistées et les dépistées négatives, nos données montrent une prise de poids moindre chez les femmes présentant un DG, certainement du fait de la prise en charge. Elles ont cependant un taux de césarienne et de déclenchement plus élevé (avec un terme des enfants un peu plus faible). Il existait un gradient positif de la fréquence de la macrosomie, avec le taux le plus faible chez les non dépistées (6,1%), puis 7,9% chez les dépistées négatives et 9,4% chez les DG. Ceci pourrait suggérer que les femmes non dépistées sont effectivement moins à risque de macrosomie que les autres. Néanmoins, ceci demande à être confirmé par d'autres études. En effet, alors que les poids moyens étaient significativement différents dans les trois groupes, les taux de macrosomie n'étaient pas quant à eux significativement différents, probablement du fait de l'effectif de notre échantillon. On peut noter que 26,4% des enfants de mère avec un diagnostic de DG naissaient par césarienne alors que le taux de macrosomie était de 9,4%. Le taux d'hospitalisation pendant la grossesse était similaire chez les non dépistées et les dépistées négatives (14%) mais était doublé chez les femmes avec DG (27,1%). Ceci représente une proportion importante des femmes avec un DG et devrait donc être approfondi par d'autres études, le motif d'hospitalisation (déséquilibre métabolique, complications obstétricales...) n'ayant pas été collecté dans Épifane. Les femmes ayant présenté un DG avaient un ressenti plus négatif de leur grossesse. Ceci a déjà été suggéré, mais nos données indiquent que cet effet passe notamment par un taux d'hospitalisation plus élevé. La prise en charge psychosociale de ces femmes n'est donc pas à négliger. Une étude qualitative récente a cependant montré des effets bénéfiques liés à l'annonce du diagnostic de DG. Les femmes concernées ont indiqué être motivées pour modifier leurs comportements de santé après le diagnostic qu'elles considéraient comme un signal de la nécessité de changer leur mode de vie. Les forces de cette étude étaient son échantillonnage représentatif de la population française, comme le montrent les caractéristiques de notre population, et la possibilité de recouper les informations concernant le statut diabétique des femmes pendant la grossesse à partir des

données du dossier médical et des déclarations de la mère, même si les valeurs des dosages de glycémie n'étaient pas disponibles. De plus, à notre connaissance, il n'existait pas jusqu'à présent de données nationales sur la prise en charge spécifique des femmes présentant un DG. Les limites étaient principalement dues à l'impossibilité de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque listés dans les recommandations. De plus, la question posée sur le dépistage concernait exclusivement le test de charge en glucose et l'information venant uniquement des mères n'a pas pu être recoupée avec celles du dossier médical. On ne peut donc totalement exclure que le reliquat de femmes à risque que nous avons catégorisées comme non dépistées l'ait été du fait d'une mauvaise compréhension de la question par ces femmes. Finalement, dans cette analyse, la taille d'échantillon était parfois insuffisante pour étudier plus en détails certains aspects tels que l'association du pays de naissance avec le risque de DG, ou pour investiguer d'éventuelles disparités géographiques. D'autres sources de données, comme l'étude française Elfe ou les données de l'Assurance maladie, permettront d'étudier ces aspects.

En conclusion, en France métropolitaine, en 2012, selon les données d'Épifane, la prévalence du DG était de 8%. La proportion de femmes dépistées restait élevée (76%) malgré la recommandation d'un dépistage sélectif. Pourtant, toutes les femmes présentant des facteurs de risque n'avaient pas été dépistées. Les pratiques de dépistage pourraient être améliorées chez les femmes âgées de plus de 35 ans, en situation de surpoids ou d'obésité, ou ayant des antécédents de DG. De plus, le DG peut être considéré comme un signe avant-coureur du diabète de type 2 et, plus généralement, d'anomalies métaboliques, particulièrement chez ces femmes à risque. L'incidence cumulative de diabète de type 2 a été estimée entre 30 et 50% cinq ans après le diagnostic de diabète gestationnel, avec une variabilité en fonction de l'origine ethnique. Le diagnostic d'un DG permettrait ainsi d'identifier précocement les femmes (et éventuellement leur enfant) susceptibles de bénéficier au mieux de programmes de promotion de la santé ciblant des facteurs modifiables, notamment l'activité physique et l'alimentation.

L'hiver est peut-être fini, mais pas **la grippe** !

Bilan au pic de l'épidémie

Pic tardif franchi en métropole en semaine 11, 7 semaines après le début de l'épidémie

Epidémie majoritairement liée au virus B, d'ampleur et de gravité modérées

Impact conséquent sur les enfants de moins de 15 ans

A part ça tout va très très bien...

Dr Hervé MAHOUN
Biologiste Médical (95)