



CO-044 Diabète et grossesse 2019

Hyperglycémie en début de grossesse. Y a-t-il des arguments en vie réelle pour une prise en charge?

Emmanuel COSSON (1), Eric VICAUT (2), Dorian SANDRE-BANON (3), Emna HAOUAT (3), Lucio BIANCHI (3), Françoise GARY (3), Isabelle PHARISIEN (3), Jean-Jacques PORTAL (3), Camille BAUDRY (3), Isabela BANU (3), Sabrina CHIHEB (3), Paul VALENSI (3), Lionel CARBILLON (3)

1. GHU Paris Nord Bondy,
2. APHP Paris,
3. APHP Bondy,

Introduction

Les recommandations françaises proposent de dépister chez les femmes à risque les hyperglycémies en début de grossesse (HGp : glycémie à jeun (GAJ) $\geq 0,92$ g/l avant 22 semaines d'aménorrhée) et de les prendre en charge immédiatement après leur diagnostic. A ce jour, aucune étude randomisée n'a montré l'efficacité d'une telle démarche et les études observationnelles suggèrent que les diabètes gestationnels précoces traités versus les diabètes gestationnels plus tardifs traités auraient un pronostic identique, sinon moins bon. Notre hypothèse était qu'un long délai de prise en charge des HGp serait associé à plus d'événements materno-foetaux.

Matériels et Méthodes

Nous avons comparé chez les femmes avec HGp (01/2012-10/2016) l'incidence d'un critère principal composite prédéfini (prééclampsie, enfant de poids élevé pour l'âge gestationnel, dystocie des épaules ou hypoglycémie néonatale) selon leurs terciles de délai de prise en charge. Nous avons réalisé une analyse de sensibilité en sélectionnant les femmes dont la GAJ était $\geq 1,0$ g/l en début de grossesse.

Résultats

Nous avons inclus 471 femmes avec HGp (88% à risque ; 456 diabètes gestationnels précoces, 15 diabètes avérés), dont les délais de prise en charge étaient selon les terciles croissants T1:3,5 \pm 1,5 ; T2:9,5 \pm 2,3 ; T3:20,1 \pm 8,8 semaines. Les GAJ (1,01 \pm 0,17 / 0,99 \pm 0,09 / 0,97 \pm 0,94 g/l pour T1/T2/T3 respectivement), les taux d'obésité (45/28/30%), d'âge ≥ 35 ans (42/37/26%), d'insulinothérapie (63/50/38%), le terme à la mise sous insuline (21,7 \pm 7,1/23,5 \pm 5,2/31,0 \pm 4,8 semaines d'aménorrhée) différaient statistiquement selon les terciles. L'incidence du critère composite ne différait pas (15,8 vs 11,4 vs 15,5%; $p=0,45$). Chez les 136 femmes avec GAJ $\geq 1,0$ g/l, l'incidence du critère composite ne différait pas significativement (13,0 vs 7,3 vs 22,9%; $p=0,12$), avec cependant plus d'hyperglycémies néonatales pour T3 (0 vs 0 vs 9,3%; $p<0,05$).

Conclusion

Cette étude observationnelle montre qu'une prise en charge très retardée des HGp avec GAJ initiales $\geq 1,0$ g/l conduit à un risque important d'hyperglycémies néonatales. Cela plaide pour un dépistage de ces fortes HGp en début de grossesse, avec une prise en charge initiale. Ces résultats doivent être confirmés après ajustement par des scores de propension, et une augmentation prévue du nombre d'inclusions.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent avoir un intérêt avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.
Lilly France et Roche Diagnostics : aide financière indépendante

Références bibliographiques :

- 1: Cosson E, Vicaud E, Sandre-Banon D, Gary F, Pharisien I, Portal JJ, Banu I, Bianchi L, Cussac-Pillegand C, Dina R, Chiheb S, Valensi P, Carbillon L. Early screening for gestational diabetes mellitus is not associated with improved pregnancy outcomes: an observational study including 9795 women. *Diabetes Metab.* 2018 Nov 28. pii: S1262-3636(18)30221-0.
- 2: Cosson E, Carbillon L, Valensi P. High Fasting Plasma Glucose during Early Pregnancy: A Review about Early Gestational Diabetes Mellitus. *J Diabetes Res.* 2017;2017:8921712.

Mots-clés pronostic autre