

DIABÈTE GESTATIONNEL ET PANDÉMIE SARS-Cov2 (COVID-19)

**A. Vambergue, E. Cosson, S. Jacqueminet, M.F. Lamotte, F. Lamiche-Lorenzini,
C. Brunet, au nom du groupe Diabète et grossesse SFD**

P. Deruelle, C. Vayssière, au nom du CNGOF

La Société Francophone du Diabète (SFD) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ont recommandé depuis 2010 un dépistage du diabète gestationnel sur facteurs de risque basé sur la glycémie à jeun au premier trimestre de la grossesse et sur l'HGPO au 6^e mois de la grossesse (1,2).

Bien que l'HGPO reste l'examen de référence pour dépister le diabète gestationnel au 6^e mois de la grossesse, la pandémie COVID-19 nous a amenés à proposer une modalité alternative dans certaines situations particulières. En effet, afin de respecter les mesures de distanciation, certains laboratoires ont décidé de ne pas accueillir les patientes pendant une durée de 2 heures pour effectuer l'examen et certaines patientes ne souhaitent pas effectuer cet examen. Ceci est très dépendant des régions et des structures hospitalières ou de ville.

Lorsque les organisations locales le permettent et qu'il n'y a pas de difficultés particulières que ce soit pour les patientes ou pour les laboratoires, il est recommandé de poursuivre le dépistage selon les recommandations actuelles de la SFD et du CNGOF (Figure 1). Une étude française récente montre que le dépistage sur facteurs de risque identifie effectivement les femmes les plus à risque d'événements pendant la grossesse (3). Le dépistage sélectif permet donc de réduire les femmes qui doivent être dépistées.

En cas de difficultés, le panel de diabétologues, sous l'égide de la SFD et avec l'accord du CNGOF, propose une alternative basée sur la glycémie à jeun et sur l'HbA1c. L'étude HAPO avait montré que 50 % des diagnostics de diabète gestationnel selon les critères IADPSG, recommandés en France (4), étaient faits sur les mesures de glycémies 1 et/ou 2 heures après HGPO, la mesure de glycémie à jeun étant normale (HAPO). La mesure de glycémie à jeun seule apparaît donc insuffisante. En outre, des données non encore publiées et issues d'une méta-analyse de 17 études montre qu'une HbA1c $\geq 5,7$ % a une spécificité élevée (0,90 IC 95 % (0,79-0,95)) avec un taux de détection de 36 % (sensibilité 0,36 IC 95 % 0,23-0,52) (5).

Le panel d'experts considère de ce fait qu'une glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l ou qu'un taux élevé d'HbA1c $\geq 5,7$ % peuvent être considérés comme anormaux, faisant poser le diagnostic de diabète gestationnel et justifiant une prise en charge (Figure 2).

En l'absence d'évidence supplémentaire, cette alternative n'est proposée que dans le contexte pandémique actuel.

- [Télécharger les schémas explicatifs au format PowerPoint](#)
-

Références :

1. Vambergue A. Expert consensus on gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab.* 2010 Dec;36(6 Pt 2):511.
2. Lepercq J. Gestational Diabetes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010; 39 (8 Suppl 2):S141.
3. Cosson E, Vicaut E, Sandre-Banon D, Gary F, Pharisien I, Portal JJ, Baudry C, Cussac-Pillegand C, Costeniuc D, Valensi P, Carbillon L. Performance of a selective screening strategy for diagnosis of hyperglycaemia in pregnancy as defined by IADPSG/WHO criteria. *Diabetes Metab.* 2019 Oct 30.
4. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991-2002.
5. [Guidance for maternal medicine services in the evolving coronavirus pandemic](#)