

Mise à jour urgente – Stratégie temporaire substitutive pour le dépistage du diabète gestationnel durant la pandémie de COVID-19

Déclaration de consensus conjointe du Comité directeur des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada* et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La présente mise à jour a été préparée par les auteurs suivants :

Jennifer M. Yamamoto, M.D., Calgary, Alb.

Lois E. Donovan, M.D., Calgary, Alb.

Denice S. Feig, M.D., Toronto, Ont.

Howard Berger, M.D., Toronto, Ont.

*** Comité directeur de Diabète Canada : Peter A. Senior, Harpreet Bajaj, Robyn Houlden, Seema Nagpal**

Auteure correspondante :

Denice Feig

Adresse : Mount Sinai Hospital, 60, rue Murray, salle 5027, Toronto (Ontario) Canada

Courriel : d.feig@utoronto.ca

Téléphone : 416 586-8590

Intérêts opposés : Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt opposé.

Mots clés : COVID-19; coronavirus; diabète gestationnel; DG; grossesse; dépistage

Changements aux pratiques

1. Nous présentons des recommandations mises à jour temporaires pour les options de dépistage du diabète gestationnel (DG) durant la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).
2. Après la fin de la pandémie de COVID-19, les Lignes directrices de pratique clinique 2018 sur le diabète et la grossesse, publiées par Diabète Canada, seront de nouveau en vigueur(1).

Messages clés

1. Il n'y a aucun changement au protocole de dépistage du diabète patent (diabète présent avant la conception) en début de grossesse. Ce dépistage est réalisable chez les femmes à risque élevé par analyse du taux d'hémoglobine A1c (HbA1c) ou par une glycémie à jeun si le taux d'HbA1c n'est pas fiable.
2. La présente mise à jour propose une option de dépistage du DG au moyen du taux d'HbA1c et de la glycémie aléatoire. Ce moyen de dépistage doit dépendre de la capacité clinique de chaque établissement et de la volonté de la patiente de subir le dépistage pendant la pandémie de COVID-19.
3. Nous continuons à insister sur l'importance pour toutes les femmes de maintenir un mode de vie sain tout au long de la grossesse (voir les ressources ci-dessous).
4. Le dépistage post-partum du déséquilibre glycémique maternel doit être reporté jusqu'à la fin de la pandémie de COVID-19. Nous déconseillons de demander aux femmes de se présenter à un rendez-vous médical en personne seulement pour subir une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) post-partum.
5. Dans la mesure du possible et en utilisant leur discernement clinique, les cliniciens doivent recourir à la télémédecine (par appels vidéo ou téléphonique) pour prendre soin de leurs patientes afin de réduire le risque d'exposition à la COVID-19, tant pour les femmes que pour les fournisseurs de soins de santé.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a déjà d'importantes répercussions sur les femmes enceintes et les équipes interprofessionnelles de suivi du diabète et de la grossesse. Ainsi, nous proposons des options de dépistage du DG afin de tenter de réduire les risques d'exposition pour les femmes enceintes et de limiter l'utilisation des ressources du réseau de la santé tout en offrant des soins de qualité. Il y a lieu d'évaluer le risque d'exposition à la COVID-19 par rapport au bénéfice du dépistage et du traitement généralisés du DG. Les présentes mises à jour aux lignes directrices sont de nature temporaire et conçues dans le but de prévenir un excès de morbidités maternelles et fœtales en remplacement de l'approche actuelle, laquelle est beaucoup plus axée sur la détection des cas de DG. Une fois que la pandémie de COVID-19 se sera estompée, les Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada sur le dépistage du DG seront de nouveau en vigueur(1).

Nous avons mis au point une option substitutive de dépistage qui tient compte des obstacles possibles à la HGPO, lesquels peuvent survenir en raison d'un manque de locaux ou de personnel de laboratoire, des recommandations de santé publique ou des inquiétudes des patientes quant aux risques d'exposition à la COVID-19 lors de cette épreuve.

DÉPISTAGE PRÉCOCE

Nous recommandons de ne pas modifier le protocole de dépistage du diabète patent en début de grossesse. Il y a lieu d'effectuer ce dépistage uniquement chez les femmes à risque de diabète patent. Une liste complète des facteurs de risque figure dans les [Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada](#)(2). L'analyse de choix demeure l'analyse du taux d'HbA1c ou la glycémie à jeun si le taux d'HbA1c n'est pas fiable. Il y a lieu de faire subir un deuxième test de dépistage à 24-28 semaines d'aménorrhée (SA) à toutes les femmes ayant obtenu des résultats d'analyse négatifs en début de grossesse.

DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE (24-28 SA)

Comme la pandémie de COVID-19 pourrait considérablement limiter l'accès et la sécurité des femmes en matière d'analyses de laboratoire et limiter la capacité des laboratoires d'une région et d'un moment à l'autre, nous recommandons une **stratégie substitutive pour le dépistage du DG** à l'extérieur du cadre des Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada(1). Nous recommandons que la décision d'adopter cette **stratégie substitutive pour le dépistage du DG** soit prise par les autorités sanitaires de l'établissement (ou au niveau régional ou du district, le cas échéant) plutôt que par chaque clinicien.

Il est possible de maintenir le protocole actuel de dépistage du DG, conformément aux Lignes directrices de pratique clinique 2018 (1) qu'en cas de perturbations minimales des capacités d'analyse de laboratoire ou de traitement du DG.

- *Ces recommandations préconisent le dépistage chez toutes les femmes enceintes sans diabète préexistant au moyen de l'épreuve de charge en glucose de 50 g suivie d'une HGPO avec 75 g de glucose chez les femmes ayant une glycémie de 7,8–11,0 mmol/L à 1 h(1).*

Cette STRATÉGIE SUBSTITUTIVE DE DÉPISTAGE doit être utilisée si la pandémie de COVID-19 provoque de graves perturbations dans les capacités d'analyses et de traitement du DG ou en cas de refus de la patiente :

- *Toutes les femmes enceintes sans diabète préexistant doivent subir un DÉPISTAGE PAR ANALYSE DU TAUX D'HbA1c ET UNE GLYCÉMIE ALÉATOIRE POSTPRANDIALE.*
- *Aucun traitement ni évaluation supplémentaires n'est nécessaire chez les femmes ayant un taux d'HbA1c < 5,7 % et une glycémie aléatoire < 11,1 mmol/L.*

- Les femmes ayant un taux d'HbA1c $\geq 5,7\%$ ou une glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L sont réputées avoir un DG et doivent être suivies par l'équipe interprofessionnelle de suivi du diabète et de la grossesse.

Raisonnement

De tous les tests de dépistage disponibles, nous avons retenu l'analyse de l'HbA1c et la glycémie aléatoire, car ils sont faciles et largement accessibles, ne nécessitent pas de jeûne et n'exigent qu'un minimum de ressources de laboratoire comparativement à d'autres tests de dépistage. Les analyses de laboratoire postprandiales offrent aux femmes la flexibilité nécessaire pour s'y soumettre et réduisent le fardeau pour les laboratoires tout en augmentant potentiellement la sensibilité de l'analyse de la glycémie.

Nous reconnaissons que cette option substitutive de dépistage risque de ne pas détecter nombre de femmes ayant un DG étant donné que l'HbA1c $\geq 5,7\%$ a une spécificité élevée (96 % [intervalle de confiance de 95 % : 86, 99 %]) mais une faible sensibilité (25 % [intervalle de confiance de 95 % : 10, 49 %])(3). Cette stratégie vise à détecter seulement les femmes qui présentent le risque le plus élevé. La glycémie aléatoire $\geq 11,1$ mmol/L a été déterminée comme seuil par consensus afin d'éviter de manquer une femme ayant un taux de glucose assez élevé, mais dont le taux d'HbA1c ne serait pas fiable (par exemple en raison d'une hémoglobinopathie)(4). Il est possible de répéter les analyses à tout moment si les résultats se sont précédemment avérés négatifs en cas de soupçons cliniques élevés de diabète.

La figure 1 illustre la stratégie substitutive de dépistage du DG.

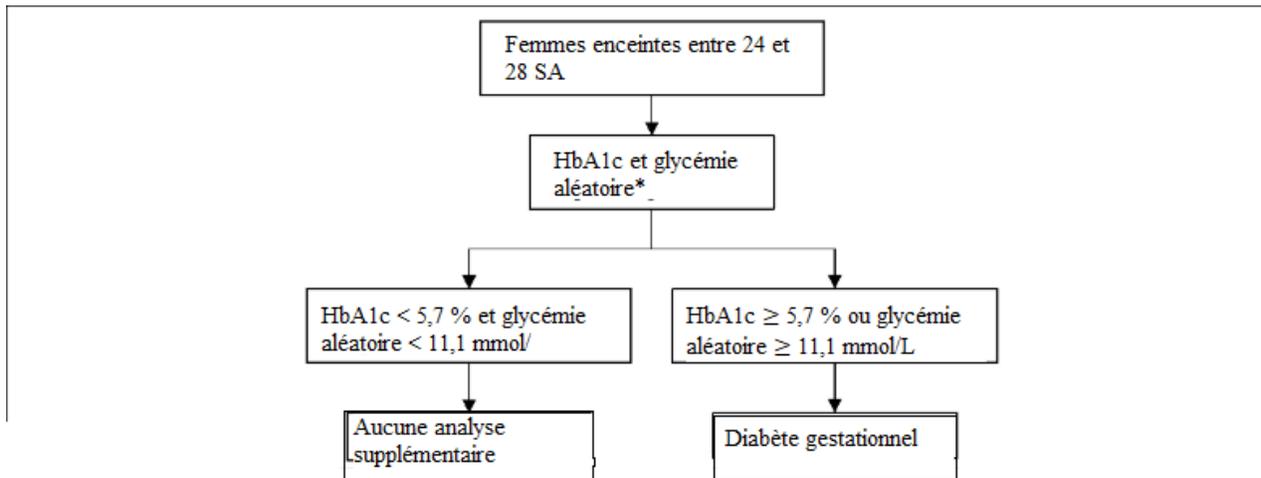


Figure 1 : STRATÉGIE SUBSTITUTIVE DE DÉPISTAGE DU DG : en cas de perturbation grave des services, de suspension de l'analyse dynamique de la glycémie ou de refus de la patiente.

*Il s'agit d'une analyse de la glycémie postprandiale aléatoire.

DÉPISTAGE POST-PARTUM DU DIABÈTE DE TYPE 2

Le dépistage post-partum du déséquilibre glycémique maternel doit être reporté jusqu'à la fin de la pandémie de COVID-19. Nous déconseillons de demander aux femmes de se présenter seulement pour subir une HGPO.

PRISE EN CHARGE VIRTUELLE DES FEMMES ATTEINTES DE DIABÈTE GESTATIONNEL

Nous recommandons que les cliniciens utilisent la télémédecine (par appels vidéo ou téléphonique), dans la mesure du possible et d'après leur discernement clinique, pour prendre soin de leurs patientes afin de réduire le risque d'exposition à la COVID-19, tant pour les femmes que pour les fournisseurs de soins de santé. La prise en charge par télémédecine s'applique aux consultations initiales et de suivi. En cas de consultation en personne dans le cadre du suivi obstétrical habituel, tous les efforts doivent être déployés pour partager les données cliniques importantes enregistrées (par exemple le poids, la tension artérielle) avec les équipes de surspécialisation, notamment les équipes interprofessionnelles de suivi du diabète et de la grossesse.

Les cliniciens jugeront sans doute utile de se préparer à des consultations virtuelles en demandant aux personnes d'envoyer par courriel les résultats d'analyse de tests de glycémie avant la consultation et de les téléverser dans leur plateforme clinique, le cas échéant. Les équipes interprofessionnelles de suivi du diabète et de la grossesse peuvent également envisager l'utilisation de plateformes de vidéoconférence pour animer des séances sur le DG ou enseigner comment s'injecter de l'insuline.

Ressources

Les sites Web de Diabète Canada et de la SOGC offrent plusieurs ressources en ligne utiles :

- www.diabetes.ca
- <https://sogc.org>

Des renseignements sur le mode de vie sain sont accessibles à l'adresse suivante :

- <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/your-pregnancy/healthy-pregnancy/healthy-eating/>.

L'adresse suivante présente des ressources supplémentaires (en anglais seulement) pour les patientes et les fournisseurs :

- www.diabetes-pregnancy.ca

Références

1. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Feig DS, Berger H, Donovan L, Godbout A, Kader T, et al. Diabetes and Pregnancy. *Can J Diabetes*. 2018;42 Suppl 1:S255-S82.
2. Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Ekoe JM, Goldenberg R, Katz P. Screening for Diabetes in Adults. *Can J Diabetes*. 2018;42 Suppl 1:S16-S9.
3. Renz PB, Chume FC, Timm JRT, Pimentel AL, Camargo JL. Diagnostic accuracy of glycated hemoglobin for gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Clin Chem Lab Med*. 2019;57(10):1435-49.
4. Donovan L, Hartling L, Muise M, Guthrie A, Vandermeer B, Dryden DM. Screening tests for gestational diabetes: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2013;159(2):115-22.

Remerciements

Les auteurs et le comité directeur souhaitent remercier le D^r Edmond Ryan pour ses commentaires sur les premières ébauches de cette importante mise à jour temporaire.