



LE DIABÈTE GESTATIONNEL

GUIDE D'INFORMATION
POUR LES FEMMES ENCEINTES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

LE DIABÈTE GESTATIONNEL

Le diabète gestationnel, aussi appelé le diabète de grossesse, se manifeste par une augmentation de la glycémie (taux de sucre dans le sang), surtout pendant la deuxième moitié de la grossesse (2^e et 3^e trimestre).

Le diabète gestationnel touche 5 à 10 % des femmes enceintes caucasiennes (blanches) et jusqu'à 15 à 20 % des femmes d'origine hispanique, asiatique, ou africaine. Plusieurs autres facteurs augmentent le risque de développer le diabète gestationnel (voir encadré).

Dans 90 % des cas, le diabète gestationnel disparaît à l'accouchement. Cependant, la mère qui fait un diabète gestationnel est à risque important de développer le diabète de type 2 dans les années qui suivent, et son enfant est à risque d'obésité et de diabète dès l'adolescence ou pendant sa vie adulte.

LES FEMMES À RISQUE

Plusieurs facteurs augmentent le risque de développer un diabète gestationnel.

- Être âgée de plus de 35 ans
- Avoir un surplus de poids avant la grossesse
- Avoir des membres de la famille atteints de diabète de type 2
- Avoir déjà accouché d'un bébé de plus de 4 kg (9 lb)
- Avoir eu un diabète gestationnel lors d'une grossesse précédente
- Faire partie d'un groupe ethnique à haut risque de diabète (ascendance autochtone, latino-américaine, asiatique ou africaine)
- Avoir eu des taux de sucre anormalement élevés dans le passé, comme un diagnostic d'intolérance au glucose ou de pré diabète
- Prendre un médicament à base de cortisone de façon régulière
- Être atteinte du syndrome des ovaires polykystiques
- Être atteinte d'un épaissement de la peau avec coloration brunâtre au niveau du cou et sous les bras (acanthosis nigricans)

MÉTABOLISME DU GLUCOSE

L'insuline est sécrétée par le pancréas et permet de contrôler la glycémie. Le diabète de grossesse est causé par l'effet « anti-insuline » des hormones produites par le placenta. On parle donc souvent de « résistance à l'insuline ». Ces hormones sont à leur maximum dans la deuxième moitié de la grossesse (au 2^e trimestre et au 3^e trimestre).

En temps normal, les femmes compensent l'effet de ces hormones en sécrétant davantage d'insuline. Ainsi, leur taux de sucre reste normal. Le diabète de grossesse s'installe lorsque le pancréas n'arrive pas à produire le surplus d'insuline nécessaire.

CONSÉQUENCES POSSIBLES

Le diabète gestationnel expose la mère et l'enfant à des risques accrus.

POUR LA MÈRE

- Haute pression et prééclampsie (mal de tête, troubles de la vision, douleur au creux de l'estomac, enflure importante et rapide).
- Complications lors de l'accouchement :
 - accouchement par césarienne en cas de poids élevé de l'enfant;
 - déchirures vaginales et périnéales lors de l'accouchement;
 - accouchement nécessitant des forceps ou ventouses;
 - accouchement déclenché prématurément pour raisons médicales.

POUR LE NOUVEAU-NÉ

- Macrosomie (gros bébé). Lorsque le poids du bébé dépasse 4 kg (9 lb) à la naissance, ce qui augmente les risques de blessures chez l'enfant à l'accouchement.
- Hypoglycémie (baisse du taux de sucre)
- Ictère (jaunisse) plus important
- Difficultés respiratoires à la naissance

DÉPISTAGE

Pour toutes les femmes enceintes, il est recommandé de faire un test de dépistage du diabète entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse. Pour les femmes qui présentent des facteurs de risque, il est recommandé de faire le test aussi en début de grossesse.

TEST DE DÉPISTAGE PAR 50 G DE GLUCOSE

Test sanguin où l'on mesure la glycémie une heure après avoir bu un liquide sucré contenant 50 g de glucose, à n'importe quel moment de la journée, **sans être à jeun**. Si le résultat de ce test est :

- normal : pas de diabète gestationnel;
- anormal : il s'agit d'un diabète gestationnel, et la femme sera référée pour la prise en charge du diabète;
- zone grise : le médecin traitant proposera alors un test de confirmation :
 - soit la prise de glycémies capillaires à la maison durant une semaine (taux de sucre mesurés sur le bout des doigts, à jeun et après chaque repas), afin de voir si les taux de sucre à la maison, avec la diète habituelle, sont élevés. Cette évaluation permettra de comparer les glycémies de la journée avant et après le traitement.
 - soit un test de confirmation par prise d'un liquide sucré de 75 g à jeun, avec prise de sang avant puis 1 h et 2 h après la prise du liquide. Si le résultat de ce test est anormal, il permet de diagnostiquer un diabète de grossesse.



TEST DE DÉPISTAGE PAR PRISE DE 75 G DE GLUCOSE

(sans test de 50 g au préalable)

Le résultat de ce test peut être :

- 
- 
- normal : pas de diabète gestationnel;
 - anormal : il s'agit d'un diabète gestationnel, et la femme sera référée pour la prise en charge du diabète.

TRAITEMENT

Si vous avez un diagnostic de diabète gestationnel, vous recevrez des explications sur les modifications à apporter dans votre alimentation pour favoriser une glycémie normale, en tenant compte des besoins liés à votre grossesse. On vous encouragera à faire de l'exercice selon vos capacités. D'autres aspects d'une saine hygiène de vie seront aussi considérés, tels un sommeil adéquat et une bonne gestion du stress. Ces mesures sont généralement suffisantes pour contrôler le diabète gestationnel.

ALIMENTATION

Principes de base concernant l'alimentation avec diabète gestationnel.

- Bien répartir l'alimentation tout au long de la journée. La division des apports sur trois repas et des collations prises à heures régulières aide à stabiliser la glycémie.
- Équilibrer l'alimentation selon les principes du *Guide alimentaire canadien*. Un repas équilibré devrait inclure des aliments provenant de chacun des quatre groupes alimentaires.
- Contrôler la quantité de glucides contenue dans les repas et collations. Cela implique de limiter les aliments et boissons sucrées (desserts, chocolat, jus, etc.) et de modérer les portions de fruits et de féculents (pain, céréales, pâtes, riz, pommes de terre, etc.) **sans les exclure complètement**. Les produits céréaliers de grains entiers sont à privilégier afin de mieux satisfaire la faim.
- Assurer un bon apport en protéines (viande, poulet, poisson, œufs, légumineuses, tofu, noix/graines et produits laitiers). Ces aliments sont essentiels au contrôle de la faim et aident à prévenir les fringales.
- Consommer de bonnes quantités de légumes. Augmenter ces aliments riches en divers nutriments aide à atteindre la satiété lorsque les portions de féculents doivent être diminuées.
- S'assurer de manger à sa faim pour permettre de combler l'ensemble de ses besoins nutritionnels.
- Favoriser un gain de poids adéquat jusqu'à la fin de la grossesse.

La femme ayant eu un diagnostic de diabète gestationnel aura la possibilité d'assister à un enseignement de groupe donné par une nutritionniste pour approfondir les principes de base et trouver réponse à ses questions. Une évaluation individuelle en nutrition peut être demandée par le médecin traitant pour établir un plan adapté à des besoins particuliers.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est une composante très importante du traitement. En effet, elle aide au contrôle du diabète en diminuant la résistance à l'insuline.

Une activité physique qui augmente la fréquence cardiaque et qui produit un léger essoufflement (par exemple une difficulté à siffler ou à respirer uniquement par le nez) est suffisante pour avoir un impact sur le contrôle de la glycémie. En général, une marche de 30 minutes par jour, qui peut être divisée en deux ou trois marches plus courtes au besoin, est adéquate et tout à fait sécuritaire en grossesse.

Une activité physique plus importante est aussi sécuritaire dans la grande majorité des cas, mais il est préférable d'en parler avec votre médecin avant de commencer.

MÉDICAMENTS

Si les glycémies demeurent trop élevées malgré les modifications aux habitudes de vie, le médecin prescrira alors des injections d'insuline.

Il est important de mentionner qu'une femme ayant besoin d'insuline ne fait pas moins bien les choses qu'une autre qui réussit à contrôler sa glycémie avec l'alimentation et l'activité physique. Le besoin d'un traitement à l'insuline veut simplement dire que le pancréas n'arrive plus à produire l'insuline nécessaire.

Dans certains cas, des médicaments par voie orale peuvent aussi être utilisés.

APRÈS LA GROSSESSE

ALLAITEMENT

Comme chez les autres femmes, l'allaitement est souhaitable chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel. L'allaitement peut même protéger la mère et l'enfant contre le diabète plus tard dans la vie. L'allaitement aide aussi la mère à perdre le poids gagné durant la grossesse et favorise l'atteinte d'un poids santé.

Que faire après la grossesse si j'ai eu le diabète gestationnel?

Les femmes qui ont présenté un diabète gestationnel ont un risque plus élevé de développer à nouveau le diabète gestationnel lors d'une autre grossesse ou de développer le diabète de type 2 à long terme (70 % de chance de devenir diabétique dans les 20 années suivant l'accouchement).

- Visez un poids santé et un mode de vie sain après l'accouchement. Une saine alimentation, de l'exercice régulier et le maintien d'un poids santé sont les meilleurs atouts pour prévenir le diabète. C'est aussi une belle occasion de transmettre de bonnes habitudes de vie à toute la famille.
- Procédez à un test d'hyperglycémie dans les trois mois qui suivent l'accouchement, afin de vérifier si le problème est rentré dans l'ordre. Ensuite, au cours de votre vie, vous devriez faire un dépistage du diabète de type 2 de façon régulière.



CLINIQUE D'OBSTÉTRIQUE SPÉCIALISÉE

VOLET DIABÈTE DE GROSSESSE

Questions et renseignements

819 346-1110, poste 13634

cpg.chus@ssss.gouv.qc.ca

Mes cibles de glycémies :

à jeun le matin : 5,2 et moins

1 h après les repas : 7,7 et moins

2 h après les repas : 6,6 et moins

Références

Le diabète gestationnel Passeport santé.net

Le diabète de grossesse Diabète Québec

Lignes directrices 2013 de l'Association canadienne du diabète

Guide alimentaire canadien

Auteurs

Dre Marie-Hélène Pesant, endocrinologue, et les membres des départements d'obstétrique gynécologie, de périnatalité, de néonatalogie, de médecine obstétricale et d'endocrinologie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision et mise en page

Service des communications

Présidence-direction générale

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2023

santeestrie.qc.ca

Avril 2024 – 1-6-72045 (version française) | 1-6-72072 (version anglaise)