

Ma grossesse avec un diabète

Devenir maman lorsque l'on est diabétique, quel que soit le type de diabète, c'est possible, mais cela ne s'improvise pas ! Si l'on peut concilier diabète et grossesse, la grossesse diabétique reste une grossesse à risques. Avec une grossesse programmée, un bon équilibre glycémique dès la conception et un suivi spécifique adapté, vous mettez toutes les chances de votre côté pour vous et votre enfant.

Je suis diabétique, puis-je avoir des enfants ?

Sauf exceptions ([rétinopathie](#), [hypertension sévères...](#)), il n'y a aucune contre-indication aujourd'hui pour les femmes diabétiques à avoir des enfants. Mais attention, vouloir un enfant quand on est diabétique (type 1 ou 2) implique de programmer sa grossesse. Avant même la conception, vous devez réunir les meilleures conditions pour minimiser les risques et atteindre les conditions de sécurité optimales, pour vous et votre enfant à naître, 3 mois avant la conception, pendant la grossesse et jusqu'à l'accouchement. C'est pourquoi on dit d'une grossesse diabétique qu'elle dure 12 mois.

Pourquoi programmer ma grossesse ?

En tant que femme diabétique, vous devez être rigoureuse sur votre [contraception](#) pour éviter les grossesses "surprises" ou repérées tardivement. En effet, un diabète mal équilibré et une grossesse non encadrée exposent le fœtus et la future maman à des risques dès les premiers mois. Parlez de votre désir de maternité à votre diabétologue afin d'effectuer tous les bilans nécessaires pour vérifier votre état de santé et d'obtenir au moins 3 mois avant la conception **une hémoglobine glyquée (HbA1c) entre 6 et 6,5 %**.

Quels sont les risques que je transmette mon diabète à mon enfant ?

De fait, le problème d'une éventuelle transmission de la maladie inquiète les femmes diabétiques : « *C'est la première question que j'ai posée quand je suis devenue diabétique* », témoigne Isabelle Burdet, cofondatrice de l'Association Française des Femmes Diabétiques. L'hérédité est faible pour le diabète de type 1 : 2 à 3 % si la mère est diabétique. Elle est plus forte pour le diabète de type 2 : de l'ordre de 30 à 40%, d'où la nécessité de donner de bonnes habitudes hygiéno-diététiques à votre enfant dès son plus jeune âge.

Les fluctuations de la glycémie pendant la grossesse

La grossesse est par nature diabétogène, à tel point qu'elle peut déclencher un diabète temporaire dit "[gestationnel](#)" chez les femmes qui ne sont pas diabétiques, ou révéler un diabète ancien passé inaperçu. La grossesse soumet l'organisme à des fluctuations de glycémie avec des effets de déséquilibre glycémique dangereux pour la mère diabétique et le fœtus.

Les variations de mes besoins en insuline pendant la grossesse

Bien que chaque cas soit différent, des tendances se dessinent. Le premier trimestre est souvent marqué par des hypoglycémies avec des effets rebonds (de nouvelles hormones se mettent en route, les nausées perturbent les repas...). Le troisième trimestre, assez brutalement vers le sixième mois, se traduit souvent par des besoins en insuline, multipliés parfois par deux ou plus, qu'il faut compenser par des injections pour que les glycémies restent normales. Dans les toutes dernières semaines, c'est l'inverse, les besoins en insuline se stabilisent ou baissent un peu : en cause, le vieillissement du placenta et une consommation sans doute plus importante du glucose par le bébé.

Des hypoglycémies et des hyperglycémies surviendront inévitablement au cours de votre grossesse, vous

devrez essayer de les éviter autant que possible et quand elles surviennent, faire en sorte qu'elles ne durent pas

En tant que femme diabétique, vous devez vous engager dans un processus de contrôle et de surveillance strict de votre glycémie, avec une série d'examen renforcés qui faciliteront l'accouchement et vous permettront d'être en bonne santé, ainsi que votre bébé.

Quels sont les risques d'une grossesse avec un diabète ?

La grossesse diabétique est une grossesse à risques qui peut exposer votre bébé et vous-même à des complications.

Les **malformations**, notamment cardiaques, sont plus courantes chez les bébés de mamans dont le diabète n'est pas équilibré pendant la grossesse.

L'hydramnios (qui n'est pas spécifique aux femmes diabétiques, mais qui est fréquent chez elles), est une augmentation du liquide amniotique. Cet excès provoque une distension de l'utérus et de la poche des eaux, augmentant ainsi le risque d'accouchement prématuré par rupture de la poche. On le repère lors des échographies, ou lors de la mesure de la hauteur utérine.

La **souffrance fœtale** est surveillée en fin de grossesse par des monitorings.

Le diabète, associé à un déclenchement de l'accouchement (le plus souvent 3 semaines avant terme), peut entraîner des **problèmes respiratoires** à la naissance dus à un manque de maturation pulmonaire.

La **dystocie des épaules** est une complication possible de l'accouchement d'un bébé macrosome (mesures échographiques au-delà du 97e percentile) par voie basse. Les épaules "bloquent" lors de la délivrance, rendant l'accouchement plus long et plus difficile, et entraînant des risques pour la mère comme pour l'enfant (élongation du plexus brachial, problèmes cardiaques). C'est la crainte de cette complication de la part des obstétriciens qui augmente le taux de césarienne chez les diabétiques.

Lorsque la grossesse est programmée, que l'hémoglobine glyquée à la conception est sous les 6,5 % et que les objectifs glycémiques sont maintenus tout au long de la grossesse, la fréquence des malformations est la même que chez les femmes non diabétiques. Dans ces conditions, les risques de mort fœtale sont eux aussi réduits.

Quel sera mon suivi médical ?

Plusieurs éléments garantiront une grossesse réussie pendant la période périnatale.

Tout au long de votre grossesse, des examens réguliers et spécifiques seront pratiqués en complément de votre suivi médical classique.

Parmi les examens à effectuer **avant la grossesse**, on peut citer :

- HbA1c < à 6,5 % (avec un minimum d'hypo et d'hyperglycémies),
- un examen de fond d'œil à réaliser pour identifier toute rétinopathie débutante qui pourrait s'aggraver pendant la grossesse.

Il est souhaitable de repérer un **maternité de niveau 2 ou 3**. Ce type d'établissement dispose d'un service de néonatalogie (habitué au suivi des nouveaux nés des femmes diabétiques) et permet le suivi des grossesses dites "à risques".

Pour un suivi optimal de votre grossesse, il est recommandé de vous entourer de spécialistes (gynécologue obstétricien, diabétologue, échographiste...) pour une meilleure coordination.

L'appui de votre **diabétologue**, avec des rendez-vous une à deux fois par mois, vous sera indispensable pour l'adaptation des doses d'insuline tout au long de la grossesse.

En plus des analyses sanguines habituelles pour toute femme enceinte, on vous demandera **une HbA1c ou une fructosamine** une fois par mois. La fructosamine renseigne sur l'équilibre glycémique, comme l'HbA1c,

mais sur une période plus courte (deux à trois semaines).

Un à trois **fonds d'oeil** sont préconisés : un fond d'oeil tous les trois mois s'il n'y a pas de rétinopathie, tous les mois ou plus souvent si elle préexiste à la grossesse. Angiographies et laser peuvent être pratiqués pendant la grossesse.

En plus des échographies habituelles pour toute future maman (une à chaque trimestre), des **échographies** sont réalisées pour surveiller la croissance de bébé, sa prise de poids et la quantité de liquide amniotique, particulièrement en fin de grossesse.

Une **échocardiographie**, réalisée par un cardiologue, peut vous être prescrite par votre gynécologue. Elle est plus précise qu'une échographie standard, et a pour but de détecter une éventuelle malformation ou, en fin de grossesse, un épaissement des parois du cœur (en particulier le septum interventriculaire) de votre bébé. Dans les dernières semaines de la grossesse, des **monitorings** réguliers sont en général effectués, pour surveiller le rythme cardiaque de bébé. La fréquence varie beaucoup en fonction des services, d'une fois par jour à deux fois par mois, en fonction des résultats des examens précédents.

Le rythme et la pertinence des examens sont bien sûr différents pour chaque grossesse, mais aussi d'une maternité et d'un diabétologue à l'autre.

Mon alimentation pendant la grossesse

La surveillance du poids et de l'équilibre glycémique étant importante, l'apport calorique et le traitement doivent être adaptés à chaque profil. Diabétologue et diététicienne détermineront avec vous le bon régime alimentaire et les quantités de glucides au début et en fin de grossesse.

En général, les besoins nutritifs d'une femme enceinte sont les mêmes qu'une femme jeune en bonne santé : manger varié et équilibré.

Il peut être utile de consulter une diététicienne ou de revoir la composition des repas et les quantités de glucides avec votre diabétologue en début de grossesse. Dans tous les cas, il est conseillé que tous les types d'aliments soient présents. Les produits sucrés et « sans sucre » peuvent être consommés dans la limite du raisonnable et de préférence dans le cadre d'une insulinothérapie fonctionnelle, c'est-à-dire lorsque l'on connaît l'équivalence d'insuline pour un nombre de glucides donnés.

N'hésitez pas à utiliser une [table des équivalences](#), très pratique pour calculer la quantité dévolue à chaque type d'aliment.

A partir du quatrième ou du sixième mois, nombreuses sont les femmes chez qui l'absorption des glucides du repas entraîne une **hyperglycémie post-prandiale**, en particulier après le petit-déjeuner. Si c'est votre cas, voyez avec votre diabétologue ou un nutritionniste comment fractionner les repas, c'est-à-dire conserver une partie des glucides du repas pour les manger au moment de la post-prandiale. Il peut s'agir à votre convenance, du dessert (yaourt et/ou fruit), ou bien d'une partie des féculents (la moitié du pain prévu par exemple). Ce fractionnement permet de conserver l'équilibre des glycémies. De même, si les autres glycémies post-prandiales s'envolent, vous pourrez prévoir une collation l'après-midi et le soir avant le coucher, prélevée sur le repas précédent.

Ce **fractionnement** des repas, commencé avec le petit-déjeuner le plus souvent, donne l'impression de grignoter un peu toute la journée, mais c'est un procédé efficace qui permet de lisser les glycémies.

Gardez en tête que les glycémies quotidiennes doivent être les plus égales possibles. Un diabétologue ou une diététicienne pourra vous aider à trouver les stratégies ou les petites astuces à adopter.

Toutefois, n'oublions pas que chacune réagit à sa manière. Vous connaissez les aliments et les plats qui vous conviennent ? Ecoutez-vous !

Mon traitement

Votre traitement sera adapté ou modifié pour conserver l'équilibre de la glycémie (passage à l'insuline pour les femmes diabétiques de type 2, utilisation temporaire d'une pompe à insuline, modifications des doses...) car les besoins en insuline augmentent beaucoup vers le sixième mois de la grossesse, pour quasiment doubler en fin de grossesse.

L'équilibre glycémique étant plus strict pour une grossesse diabétique, et les antidiabétiques oraux étant proscrits, l'insulinothérapie par injection (ou par pompe) est nécessaire. Par ailleurs, la [pompe à insuline](#) peut s'avérer très efficace pour lutter contre les fluctuations de la glycémie.

La surveillance de ma glycémie

Votre glycémie doit être équilibrée depuis au moins 3 mois avant la grossesse, elle doit le rester durant toute la grossesse. La femme enceinte (non diabétique) est déjà en relative hypoglycémie. Vos objectifs en tant que future maman diabétique seront donc d'autant plus stricts, ce qui impose une autosurveillance rapprochée avec 6 à 8 contrôles par jour, au minimum.

Objectifs glycémiques :

< 0,90 g/l à jeun et avant les repas

< 1,20 g/l pour la glycémie postprandiale (2 h après le début du repas)

Comment va se dérouler mon accouchement ?

Souvent, l'accouchement est programmé avec un déclenchement entre 38 et 39 SA (semaines d'aménorrhée). Plusieurs risques peuvent motiver cette décision :

- risque d'augmentation du poids du bébé dans les dernières semaines de grossesse,
- risques obstétricaux,
- souffrance fœtale voire risque de mort in utero.

Si les tentatives d'accouchement par voie basse échouent ou si le poids du bébé est déjà trop élevé (> à 4,250 kg), on a recours à une césarienne.

Dans tous les cas, un protocole sera mis en place avec l'anesthésiste et votre diabétologue pour la gestion des glycémies et de l'insuline pendant l'accouchement et immédiatement après la délivrance (chute importante des besoins dans les heures qui suivent). En fonction des circonstances et de l'équipe médicale, vous pourrez être placée sous perfusion de glucose et d'insuline en intraveineuse ou conserver votre pompe s'il s'agit de votre traitement habituel.

Le diabète n'est pas une contre-indication à la péridurale.

Après l'accouchement

Après la délivrance (l'expulsion du placenta), vous êtes susceptibles de faire des hypoglycémies car vos besoins en insuline diminuent et l'allaitement, pour celles qui l'ont choisi, consomme beaucoup de calories. Le risque principal pour le nouveau né est l'hypoglycémie qu'il faut surveiller dès les premières heures.

Surveillance du nouveau-né

Durant la vie in utero, le pancréas de votre bébé est déjà fonctionnel et produit de l'insuline. Lorsque le cordon ombilical est sectionné, votre bébé ne reçoit plus le glucose contenu dans votre sang. Il y a donc un risque d'hypoglycémie si votre bébé a été habitué à produire plus d'insuline en réaction à vos hyperglycémies.

La prise en charge des hypoglycémies des nouveau-nés varie selon les équipes médicales, mais comprend toujours une surveillance régulière de la glycémie et, si nécessaire, des mesures de resucrage. Chez le bébé, on parlera d'hypoglycémie en dessous d'un seuil de 0,40 g/l, voire 0,35 g/l. Le test se fait au moyen d'une goutte de sang prélevée sur le bord externe du talon et non au bout du doigt.

Si les hypoglycémies persistent après ces premières mesures, le bébé devra être hospitalisé en service de néonatalogie et alimenté par sonde gastrique ou perfusion jusqu'au retour d'une glycémie satisfaisante.

Je souhaite allaiter mon enfant, est-ce possible ?

Les bienfaits du lait maternel pour l'enfant sont connus. Vous pouvez allaiter votre enfant et même donner votre lait dans un lactarium d'autant que l'allaitement accroît la dépense énergétique et a un effet positif sur la perte de poids et sur l'équilibre glycémique.

Quelques recommandations cependant :

- soyez vigilante, les hypoglycémies peuvent être soudaines et violentes ;
- ayez toujours à portée de main de quoi vous resucrer pendant la tétée ;
- buvez en abondance et augmentez votre apport calorique si vous n'êtes pas en surpoids ;
- pas de reprise de vos antidiabétiques oraux (ADO) et maintien de l'insuline pendant l'allaitement.

Sources

Livret Grossesse & Diabète - Pourquoi et comment préparer sa grossesse quand on est diabétique, publication de l'Association Française des Femmes Diabétiques.

Interview d'Isabelle Burdet, co-fondatrice de l'Association Française des Femmes Diabétiques

[Prise en charge de la grossesse au cours du diabète de type 1](#)-Référentiel de la Société Francophone du Diabète (SFD) 2010

Liens utiles

Echangez avec d'autres mamans diabétiques sur le forum de l'[Association Française des Femmes Diabétiques](#).

Visioconférence avec le Dr Lorenzini sur [la pompe à insuline et le diabète au féminin](#)