

# Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel, appelé aussi "diabète de grossesse", survient chez la femme enceinte vers la fin du 2e trimestre. Il peut durer le temps de la grossesse ou être révélateur d'un diabète antérieur. Quels sont les symptômes et les causes ? Quels risques pour la mère et le fœtus ? Comment se réalisent le dépistage et le diagnostic ? Quels sont les traitements ?

## Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?

Selon la définition de l'OMS\*, le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Sous le terme de diabète gestationnel, on regroupe deux populations différentes :

- les femmes qui ont un diabète méconnu et que la grossesse va révéler
- les femmes qui développent un diabète uniquement à l'occasion de la grossesse, trouble qui disparaît le plus souvent après la grossesse.

## Causes du diabète gestationnel

Comme pour le diabète, le diabète gestationnel est une intolérance aux glucides, c'est à dire un trouble de la régulation du glucose (glycémie) entraînant un excès de sucre dans le sang ou hyperglycémie chronique.

Pour des questions liées à la grossesse chez la femme qui se sait diabétique, consultez la page sur la grossesse de la femme diabétique ([lien](#)).

S'il y a un risque accru de diabète pendant la grossesse, c'est que la grossesse est par nature diabéto-gène car il existe physiologiquement pendant cette période un état d'insulinorésistance qui va s'aggraver progressivement au cours de la grossesse.

Dans tous les cas, le diabète gestationnel doit être surveillé et traité car il comporte un risque pour la mère comme pour l'enfant.

## Symptômes

Le diabète gestationnel peut passer inaperçu, être asymptomatique (sans symptômes) ou présenter des symptômes similaires à ceux des autres types de diabète : soit intense, mictions (urines) fréquentes et abondantes, fatigue importante...

Risques et complications du diabète gestationnel

Les risques pour la mère et pour l'enfant se situent essentiellement dans la période périnatale.

## Risques pour l'enfant

Le glucose en excès chez la mère est transmis au fœtus en surplus. Cette réserve calorique excédentaire est stockée dans les organes de l'enfant. Le poids et la croissance de l'enfant à naître sont alors excessifs. La macrosomie (poids à la naissance supérieur à 4kg) peut entraîner un accouchement difficile : la dystocie des épaules peut engager le pronostic vital de l'enfant. D'autres complications pour l'enfant sont possibles :

- détresse respiratoire
- hypoglycémie néonatale
- risque de développer plus tard un diabète de type 2

## Risques pour la mère

la complication la plus grave est la survenue d'une pré-éclampsie (ou toxémie gravidique) pouvant associer prise de poids, oedèmes et hypertension artérielle.

- accouchement par césarienne
- risque de développer un diabète de type 2 après la grossesse (7 fois plus que sans diabète gestationnel)
- accouchement prématuré

## Dépistage et diagnostic

Il n'y a pas de bénéfice médical à dépister toutes les femmes, mieux vaut se concentrer sur le dépistage des femmes à risque. Depuis 2010, en France, les recommandations ont évolué : diabétologues et gynécologues se sont mis d'accord sur les critères des personnes à risque et la méthode diagnostique à utiliser.

## Femmes enceintes à risque

Les facteurs de risque du diabète gestationnel sont maintenant bien identifiés :

- une grossesse tardive : chez les femmes âgées de plus de 35 ans, la prévalence atteint 14,2 %
- l'indice de masse corporelle (IMC  $\geq$  25kg/m<sup>2</sup>) : chez les femmes atteintes d'obésité et de surpoids, la prévalence atteint respectivement 19,1 % et 11,1 %
- des antécédents personnels de diabète gestationnel : pour les femmes ayant déjà développé un diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse, la prévalence monte à 50 %
- des antécédents familiaux de diabète de type 2 (parents, frère, soeur)
- des antécédents de macrosomie foetale : poids de naissance d'un bébé supérieur à 4 kg.

## Femme enceinte ne présentant pas de risque

Si la femme enceinte ne présente pas au moins un de ces facteurs de risque, on recherchera un diabète gestationnel seulement en cas d'hydramnios (quantité trop importante de liquide amniotique) ou de biométries fœtales (mesures de la dimension du fœtus) supérieures ou égales au 97<sup>e</sup> percentile.

Il est à noter qu'une jeune femme ni obèse, ni en surpoids et avec une bonne hygiène de vie peut développer un diabète gestationnel. Il s'agit d'un dérèglement hormonal favorisé par certains facteurs et parfois inévitable.

## Méthode diagnostique pour dépister le diabète gestationnel des femmes à risque

Pour celles qui présentent un de ces facteurs de risque, un premier test de glycémie à jeun au premier trimestre (idéalement avant la conception, dès l'intention d'avoir un enfant) est recommandé pour détecter un diabète de type 2 antérieur à la grossesse et passé inaperçu jusqu'ici. Puis, on réalise un second test appelé HGPO\*\* (Hyperglycémie provoquée par voie orale) à 75g de glucose, entre la 24<sup>e</sup> et la 28<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (absence des règles).

Une seule valeur de glycémie au delà des seuils définis (0,92g/L à jeun; ou 1,80g/L 1h après la charge orale en glucose ; ou 1,53g/L 2h après) suffit à diagnostiquer un diabète gestationnel. (La notion d'intolérance au sucre n'existe plus, il n'y a que "glycémie normale" ou diabète gestationnel.)

## **Le diabète gestationnel en France : chiffres clés**

En France métropolitaine, la prévalence du diabète gestationnel a tendance à augmenter. Elle était de 8% en 2012 contre 3,8% en 2004. Dans la majorité des cas, le diabète gestationnel disparaît après la grossesse mais il peut aussi installer un diabète de type 2 quelques années plus tard.

## **Traitements du diabète gestationnel**

Les clefs d'un traitement réussi s'appuient sur un dispositif qui comprend :

- la motivation de la patiente
- son autosurveillance glycémique
- des mesures hygiéno-diététiques
- une équipe pluridisciplinaire de médecins qui suivent l'évolution de la patiente et de son diabète (médecin généraliste, gynécologue, nutritionniste, diabétologue...).

## **Autosurveillance glycémique et prise en charge diététique**

La femme enceinte doit pratiquer l'autosurveillance glycémique, 4 à 6 fois par jour. Objectif : garder une glycémie à un taux acceptable, soit inférieur ou égal à 0,95g/L à jeun et inférieur à 1,20g/L deux heures après le début du repas. Ces résultats déterminent la prescription d'un traitement par insuline.

Le premier traitement est la prise en charge diététique avec régime alimentaire adapté et contrôle du poids :

- régime hypoglycémique (privilégier les aliments à faible index glycémique qui font peu monter la glycémie)
- repas fractionnés : répartition de la prise des glucides au cours de la journée (3 repas, 2 collations)
- calcul de la ration calorique adaptée à chaque femme
- privilégier les fibres (elles ralentissent l'absorption des glucides et donc le pic d'hyperglycémie post-prandiale).

## **Activité physique**

En dehors de contre-indications médicales, l'activité physique régulière et adaptée au profil de la femme enceinte est recommandée dans le cas d'un diabète gestationnel temporaire ou d'une grossesse avec un diabète.

## **Traitement par insuline**

L'insuline est réservée aux femmes pour qui les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas pour atteindre l'équilibre glycémique. Les antidiabétiques oraux sont contre-indiqués pour la femme enceinte. Des injections d'insuline rapide de type "analogues rapides" peuvent être prescrites, de même que des insulines lentes de type NPH, si nécessaire.

## **Prévention des complications du diabète gestationnel**

Les complications du diabète gestationnel sont-elles évitables ? La grande majorité des diabètes gestationnels ne vont pas se compliquer car ils vont très bien répondre à l'association de modifications nutritionnelles et d'une activité physique adaptée.

*\*OMS : Organisation Mondiale de la Santé*

*\*\* Auparavant on distinguait encore les femmes ayant une intolérance au sucre et celles ayant un diabète gestationnel. Aujourd'hui, le test dit de O'Sullivan a été supprimé. Dorénavant, on utilise d'emblée le test d'HGPO à 75g de glucose,*

#### *Sources*

*Les recommandations pour la pratique clinique concernant le diabète gestationnel du Collège National des gynécologues et obstétriciens français.*

*Regnault N, Salanave B, Castetbon K, Cosson E, Vambergue A, Barry Y, et al. Diabète gestationnel en France en 2012 : dépistage, prévalence et modalités de prise en charge pendant la grossesse. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(9):164-73. [http://www.invs.sante.fr/beh/2016/9/2016\\_9\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2016/9/2016_9_2.html)*

*Dépistage et diagnostic : Impact Médecine N° 367- 16 juin 2011 article "Face au diabète gestationnel, dépister ciblé"*

*[http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/files/files/ressources/mmm\\_2011\\_diab\\_gestationnel.pdf](http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/files/files/ressources/mmm_2011_diab_gestationnel.pdf)*

#### **Liens utiles**

Association Française des Femmes Diabétiques (AFFD)