

Diabète gestationnel

Sources scientifiques et institutionnelles



**Le « diabète gestationnel » est un « diagnostic
à la recherche d'une maladie ». M. Odent**

**Le « diabète gestationnel » est une « non entité ».
R.J. Jarrett**

* * * * *

**Dossier d'information et de recherche réalisé
par Sophie Gamelin-Lavois. Novembre 2006.
En ligne sur le site www.projetdenaissance.com ©**

Sommaire

En pratique : les différents tests	2
Les conflits entre mère et fœtus. Michel Odent	2
Association Sans sucre	3
Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS.	3
Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel, HAS.	4
Les mythes de l'obstétrique contre les réalités de la recherche. Henci Goer	5
Dépistage - Le diabète de grossesse fait l'objet de controverse	6
Passport Santé – Site santé Canadien.....	7

En pratique : les différents tests

Le test de O'Sullivan (première étape) : il consiste à effectuer une glycémie une heure après l'ingestion de 50 grammes de glucose que la patiente soit à jeun ou pas. En cas de glycémie inférieure à 1,4 grammes/litre, le test est négatif. En cas de glycémie comprise entre 1,4 et 2 grammes par litre, le test est positif et il faut pratiquer une hyperglycémie provoquée orale (HGPO). Au delà de 2 grammes par litre, le diabète gestationnel est avéré.

Le diagnostic par hyperglycémie provoquée orale (deuxième étape) consiste en une ingestion de 100 grammes de glucose, puis à mesurer la glycémie toutes les heures de H0 à H3. Les seuils pathologiques sont de >0.95g/l à H0, >1.8g/l à H1, >1.55 à H2, >1.4 à H3. Deux mesures de glycémie veineuse égale ou supérieure à ces seuils signent le diabète gestationnel. Une mesure de glycémie veineuse égale ou supérieure à ces seuils signe l'intolérance au glucose

Le test de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) est d'élaboration plus récente. Il se différencie du précédent par le fait qu'il ne nécessite qu'une étape : prise de 75 grammes de glucose, puis mesure de la glycémie veineuse à 2 heures : le test est positif (et le diabète gestationnel avéré) pour une valeur supérieure à 1,4 grammes/litre, sans nécessité de confirmation.

Les conflits entre mère et fœtus. Michel Odent

L'amour scientifié, page 89-90, chapitre 11, Editions Jouvence, 2001.

Le diagnostic est inutile dans la mesure où les seules recommandations pratiques qu'il entraîne habituellement sont d'éviter les sucres purs (boissons sucrées, bonbons, etc.) de préférer les hydrates de carbone complexes (pâtes, pain, riz, etc.) et aussi d'avoir une activité physique régulière.

Le placenta ne demande pas seulement que le sang de la mère soit plus fluide. Il peut aussi faire savoir que le bébé en développement a besoin de plus de sucre. En d'autres termes, il demande à l'organisme maternel de modifier son métabolisme des hydrates de carbone. Exceptionnellement, le conflit peut aboutir à une véritable maladie. La demande du bébé dépasse les limites de ce qui permettrait à la mère de faire face à la situation sans se déséquilibrer elle-même. Dans l'immense majorité des cas, la réponse de l'organisme maternel à la demande du placenta ne dépasse pas le cadre des réactions physiologiques. L'organisme maternel contrôle la situation.

Parce qu'il ne s'agit pas de maladie, les seules recommandations pratiques sont d'éviter les sucres purs (boissons sucrées, bonbons, etc.), de préférer les hydrates de carbone complexes (pâtes, pain, riz, etc.) et aussi d'avoir une activité physique régulière. Soulignons qu'il n'y a pas besoin de tests compliqués pour aboutir à de telles recommandations, qui sont valables pour toutes les femmes enceintes. Malheureusement, de nombreux professionnels de la santé n'hésitent pas à utiliser l'expression « diabète gestationnel » à propos de ce qui n'est qu'un

signe d'activité placentaire. Beaucoup de femmes enceintes ne retiennent que le mot diabète et confondent leur état avec une maladie chronique sérieuse. Il s'agit là encore d'un exemple fréquent d' « effet nocebo » des consultations prénatales.

On a pu dire que le « diabète gestationnel » est un « diagnostic à la recherche d'une maladie ». Le professeur Jarrett, de Londres, dit que c'est une « non-entité » [1]. **Une énorme étude, à l'échelle de la population canadienne, a révélé que le recours systématique aux tests destinés à déceler les « diabètes gestationnels » n'améliore en aucune façon les statistiques et n'a donc aucune raison d'être** [2]. Là encore, il y a une discordance entre les données publiées dans la littérature médicale et les pratiques quotidiennes. Là encore, cette discordance a pour origine profonde un désintérêt quasi culturel pour les fonctions du placenta.

Association Sans sucre

Site Internet : <http://www.sanssucre.org/>
(page : Le sucre, les enfants et la grossesse)

Femmes enceintes attention. Celles qui sont en pleine santé et qui ne grossissent pas sont celles qui ne mangent pas sucre. Les autres prennent inévitablement des kilos en trop. Il est souvent conseillé de bien s'alimenter durant sa grossesse et certaines femme se font avoir. Elles mangent de plus en plus de sucre et ne peuvent plus s'arrêter ! D'autant que c'est « bon pour l'enfant ». Or c'est tout faux ! Il faut bien s'alimenter, mais en produits normaux et complets : fruits, yaourts, céréales complètes, viandes etc. Et pas : gâteaux, pain blanc, cocas, glaces et compagnie ! Les kilos que vous prendrez seront pour la plupart très dur, voir impossible à perdre ! De plus, merci les sauts de glycémie pour le bébé, cela ne peut PAS avoir d'impact positif pour lui.

Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS.

Recommandations pour les professionnels de santé. Extraits : Le diabète gestationnel Haute autorité en santé, Avril 2005. Site : <http://www.has-sante.fr/>

P. 105 : **Il n'y a selon le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) aucun consensus sur la définition, la prise en charge et le traitement du diabète gestationnel** (142). (...) Le Nice rapporte qu'une politique de dépistage systématique réalisée entre 1990 et 1996 au Canada a comparé deux zones géographiques. Dans la zone où le dépistage avait été réalisé systématiquement l'incidence du diabète gestationnel augmentait par rapport à la zone où ce dépistage n'était pas réalisé. Ce dépistage ne modifiait pas les taux de pré-éclampsies, de macrosomie foetale, d'hydramnios (145). En conclusion, les auteurs du NICE et de la méta-analyse considèrent qu'il n'y a pas suffisamment de données pour dépister le diabète gestationnel ou l'intolérance aux glucides chez la femme enceinte.

¹ (Jarrett RJ. Gestational diabetes : a non-entity ? BMJ 1993; n306: 37-38).

² Wen SW, Liu S, Kramer MS, et al. impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. Am J Epidemiol 2000; 152(11): 1009-14

P. 107 : En conclusion, la synthèse du rapport « Évaluation des méthodes de diagnostic et de dépistage du diabète gestationnel » en cours d'actualisation (147) précise que dans l'état actuel des données scientifiques, le dépistage à partir de 24 SA n'a pas fait la preuve de son efficacité pour réduire la morbidité périnatale. Dans ces conditions, les critères de décision qui restent à l'appréciation des professionnels doivent tenir compte : 1) de la nécessité d'identifier le plus précocement possible au cours de la grossesse les femmes ayant un diabète méconnu ; 2) des conséquences du dépistage systématique par le test de O'Sullivan (HGPO 50g, seuil à 1,40g/l) qui conduit plus de 80% des femmes dépistées positivement à réaliser une HGPO 100g alors qu'elles n'ont pas de diabète gestationnel ; 3) des contraintes imposées aux femmes enceintes liées à la prise en charge diététique qui n'a pas fait la preuve de son efficacité pour réduire les complications périnatales. (...) En ce qui concerne le diabète gestationnel, les données scientifiques ne permettent pas en 2004 de conclure sur l'intérêt et les modalités de dépistage et de diagnostic systématiques.

Dépistage et diagnostic du diabète gestationnel, HAS.

Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel.
Service des recommandations professionnelles
Haute autorité en santé, juillet 2005. Site : <http://www.has-sante.fr/>

Page 4 : Les stratégies diagnostiques « Selon la plupart des recommandations existantes, le diagnostic du diabète gestationnel repose sur des tests de charge orale en glucose (HGPO). **Les stratégies en 1 temps** sont basées sur la réalisation, dans la population cible, d'une HGPO après charge en glucose de 75g. **Les stratégies en 2 temps** sont basées sur la réalisation d'un test de dépistage (HGPO 50 g, dit « test de O'Sullivan ») sur la population cible, puis d'un test diagnostique (HGPO 100 g ou HGPO 75 g) qui confirme ou non le diagnostic de diabète gestationnel chez les femmes dépistées positives. Une stratégie diagnostique en 1 temps pourrait réduire les désagréments liés à l'HGPO 100 g (nausées, vomissements, sensations de malaise) et/ou limiter le nombre de femmes qui dépistées positives ne réaliseraient pas le second test diagnostique. »

Page 5 : À qui s'adresse le dépistage ? « La population cible correspond à l'ensemble des femmes enceintes entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée, à l'exception des femmes ayant des facteurs de risque de diabète gestationnel qui doivent bénéficier d'un dépistage dès le début de la grossesse. Les **facteurs de risque** de diabète gestationnel sont :

- l'âge : seuil entre 25 et 40 ans selon les études et/ou les recommandations internationales ;
- l'indice de masse corporelle (IMC) maternel avant la grossesse (surpoids ou obésité) : seuil entre 25 et 30 kg/m² selon les études et/ou les recommandations internationales ;
- l'origine ethnique (les femmes d'origine caucasienne sont à plus faible risque) ;
- les antécédents familiaux de diabète ;
- les antécédents personnels de diabète gestationnel, de mort foetale in utero ou de macrosomie.

La prévalence des facteurs de risque de diabète gestationnel en population est très élevée : dans certaines populations en fonction des facteurs et des seuils retenus, seulement 10% des

femmes n'auraient aucun facteur de risque. Inversement, la proportion de femmes ayant un diabète gestationnel, qui ne seraient pas identifiées par un dépistage ciblé sur les facteurs de risque, pourrait atteindre 50 %. Avec un dépistage systématique par rapport à un dépistage ciblé, le nombre de faux négatifs diminue, mais inversement le nombre de faux positifs s'accroît. La valeur prédictive positive du test de dépistage (O'Sullivan) est faible : moins de 20 % des femmes dépistées positives sont des vrais positifs en retenant un seuil de dépistage (test de O'Sullivan) à 1,40 g/l (7,8 mmol/l). La diminution de la valeur seuil de la glycémie permet d'augmenter la sensibilité du test, mais en diminue la spécificité et augmente le taux de faux positifs. »

Page 5 : « Il n'existe **pas de consensus international sur les stratégies de dépistage, les outils diagnostiques à mettre en oeuvre et les seuils à utiliser**. Ces seuils devraient idéalement correspondre aux seuils pour lesquels la prise en charge permet une réduction significative des complications périnatales. »

Page 6 : « **La mortalité périnatale** : L'histoire naturelle du diabète gestationnel est mal connue. Les données de la littérature ne permettent pas d'estimer, dans les conditions actuelles de prise en charge obstétricale des femmes enceintes, le risque de décès périnatal associé au diabète gestationnel non traité. »

Page 7 : « **Il n'existe aucune preuve directe de l'efficacité d'un dépistage systématique ou ciblé du diabète gestationnel à partir de la 24^e semaine de grossesse pour réduire la mortalité et la morbidité périnatales.** (...) Par ailleurs, le diagnostic et la prise en charge du diabète gestationnel ne seraient pas dénués d'effets indésirables : anxiété, accroissement du nombre de consultations et d'examen complémentaires, accroissement des taux de césariennes même en l'absence de macrosomie fœtale, accroissement du taux de déclenchement et du passage en réanimation néonatale des nouveau-nés. »

Page 8 : « Les données de la littérature scientifique ne permettent pas de conclure sur les meilleures stratégies de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel, ni sur leurs modalités de réalisation. L'ampleur des controverses et des incertitudes conduit à ne pas faire de recommandations dans l'attente d'études complémentaires. »

Les mythes de l'obstétrique contre les réalités de la recherche. Henci Goer

Gestational Diabetes.

In « Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature. »
Westport: Bergin & Garvey, p.158-178, Henci Goer, 1995.

Mythe : Même si vous vous sentez bien, nous savons que le diabète gestationnel est une sérieuse menace pour votre enfant.

Réalité : Il y a très peu de données établissant un lien entre des degrés moindre d'intolérance au glucose et des complications significatives de la grossesse, lorsqu'on tient compte de variables comme l'âge maternel, l'adiposité, et la parité.

Dépistage - Le diabète de grossesse fait l'objet de controverse

Denis Lord, Journal Le Devoir, 29-30 mars 2003, Montréal, Québec.

<http://www.ledevoir.com/2003/03/29/24169.html?268>

publié aussi sur le site Carrefour Naissance (Belgique) :

<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/sc/diabetegestationnel.htm>

Le diabète de grossesse, aussi appelé diabète gestationnel, touche entre 2 et 4% des femmes enceintes, un taux qui atteint 13% dans les communautés crie. S'il disparaît après l'accouchement dans 90% des cas, il peut engendrer des complications dignes d'être signalées. Du côté de la mère, le risque d'infection accroit, tout comme la nécessité d'accouchement par césarienne, en raison du surplus de poids chez le bébé, attribuable au diabète. Une femme sur trois développera entre 5 et 15 ans plus tard un diabète de type 2. Chez le bébé, on note, outre la surcharge pondérale, des risques de difficultés respiratoires, d'hypoglycémie et de jaunisse.

Le test de dépistage du diabète chez les femmes enceintes (absorption à jeun, à la 26e semaine, de 50g de glucose) a été mis au point en 1965 par le Docteur O'Sullivan, qui, parmi sa clientèle de la région de Boston, comptait nombre d'autochtones et d'obèses. En Amérique du Nord, le test est aujourd'hui universel, contrairement à l'Europe, exception faite de la France.

Le risque se trouve du côté de femmes ayant plus de 30 ans, un surplus de poids ou des antécédents familiaux de diabète. Selon Marc Arras de l'Association Diabète Québec, le taux de mortalité infantile est trois fois plus élevé chez les femmes aux prises avec cette maladie lorsqu'elles ne sont pas traitées. Dans la plupart des cas, un plan d'alimentation personnalisé, de l'exercice et du repos suffisent à régler le problème. Autrement, on a recours à l'injection d'insuline.

Remises en questions

Pourtant, la notion de diabète gestationnel fait l'objet d'une vive controverse, tout comme le test de dépistage et le traitement à l'insulinothérapie. Dans « A Guide to effective care in pregnancy and childbirth » (Oxford University Press), les auteurs, Enkin, Keirse, Renfrew et Neilson), écrivent : « **Il n'y a pas d'évidence convaincante que le traitement des femmes montrant une tolérance anormale au glucose réduira la mortalité périnatale ou la morbidité.** (...) Dans plusieurs autres champs de la médecine, une telle utilisation d'injections, basée sur aussi peu d'informations, serait considérée comme non-éthique. » Le docteur Lucie Baillargeon, dans un texte publié par « L'actualité médicale », affirmait : « Les essais cliniques randomisés sur le régime diététique et l'insulinothérapie n'ont pas montré d'effets bénéfiques concluants, tant chez l'enfant que chez la mère. »

Ancien président de l'Association des Omnipraticiens en périnatalité du Québec, le Docteur Alain Demers travaille beaucoup en obstétrique. Selon lui, la production par le placenta de l'hormone « hpl », qui crée chez les femmes enceintes une résistance à l'insuline, est un fait connu et prouvé. L'intolérance au glucose pour une femme enceinte est donc normale. « Le vrai problème, dit le Docteur Demers, c'est qu'il existe une zone grise entre l'hyperglycémie physiologique et pathologique. Pour le diabète gestationnel, il faudrait peut-être réviser les

chiffres à la baisse. Dans la ville de Hamilton, il n'y a eu aucun test de dépistage depuis 1989. Ses statistiques ont été comparées à celles d'autres villes et on ne constate aucune différence en terme de complications périnatales, autant chez le femme que chez l'enfant. »

Des flous

Faut-il en déduire que le diabète de grossesse est une maladie imaginaire ? Le Docteur Demers se garde bien de l'affirmer, penchant plutôt à dire qu'il s'agit d'un pré-stade du diabète de type 2. La grossesse pourrait agir comme une sorte de déclencheur du diabète chez les femmes enceintes, ce qui expliquerait le 10% des cas où la maladie ne se résorbe pas après l'accouchement. Dans d'autres cas, il pourrait s'agir de cas de diabètes non dépistés préalablement. La définition donnée du diabète gestationnel par l'Organisation Mondiale de la Santé est : « tout diabète découvert pendant la grossesse ». « Je dois donc, souligne le Docteur Demers, déclarer comme tel tout diabète découvert à ce moment, même si je sais très bien qu'il s'agit d'un diabète d'un autre type. »

Le médecin de Sherbrooke croit qu'on ne devrait passer le test qu'à la clientèle à risque, celle ayant plus de 30 ans, un surplus de poids ou des antécédents familiaux de diabète. « Et même si une personne montre une valeur légèrement anormale lors du test, je vais la stresser pour rien et l'insulinothérapie augmente le retard de croissance in utero. » Le traitement peut entraîner plus de problèmes (césariennes, échographies, coûts, etc.) que si on l'avait ignoré.

Un article du Docteur Demers, publié en 1997 par « Le Médecin du Québec », souligne la controverse sur le moment où on devrait commencer le traitement. Pour certains, l'insulinothérapie devrait commencer lorsqu'on retrouve plus de deux valeurs anormales avec un régime ; pour d'autres, c'est lorsqu'il y a macrosomie à l'échographie. Mais qu'est-ce que la macrosomie ? « C'est, écrit l'obstétricien, l'état morbide le plus souvent incriminé lors du diabète gestationnel. Sa définition n'est pas claire mais la majorité des auteurs s'entendent pour dire que l'enfant doit peser plus de 4000g. Selon cette définition, il est intéressant de constater que, au Canada, plus d'un enfant masculin sur quatre né à 40 semaines de grossesse est macrosome. (...) Qui plus est, 90% des bébés dits macrosomes sont nés de mère ne souffrant pas de diabète gestationnel. »

En attendant que les zones d'ombres soient éclaircies, il n'en demeure pas moins que le diabète non traité chez la femme enceinte implique des risques de mortalité infantile et que l'enfant développe ultérieurement un diabète de type 2, le plus fréquent et le plus sournois.

Passeport Santé – Site santé Canadien

Source :

<http://www.passeportsante.net/>

Url directe :

http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=diabete_gestationnel_pm

Traitements possibles :

Régime alimentaire approprié aux personnes diabétiques, exercice physique, repos et injections d'insuline (parfois).

Description médicale :

Impossible de parler du diabète gestationnel en passant sous silence la controverse qu'il suscite [3]. Faut-il le dépister et le traiter? Pendant que certains doutent de l'existence de cette maladie, d'autres croient qu'il est important d'en faire un bon suivi. D'après la vision classique, le diabète gestationnel ou diabète de grossesse se définit comme suit : un diabète qui apparaît durant la grossesse, habituellement pendant le deuxième ou le troisième trimestre. Entre 6% et 8% des femmes enceintes développeraient un tel diabète.

Grossesse et métabolisme du glucose :

Durant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse, il est reconnu que les besoins en insuline de la femme enceinte sont deux à trois fois plus importants qu'en temps normal. Cela s'expliquerait par l'augmentation progressive, durant la grossesse, de la production d'hormones « anti-insulines » (par exemple, les hormones placentaires, le cortisol et les hormones de croissance), qui réduisent les effets de l'insuline sur l'organisme. Elles sont essentielles au bon déroulement d'une grossesse, donc à la santé du fœtus et de la mère. Normalement, cette résistance à l'insuline stimule le pancréas à produire davantage d'insuline pour compenser. Les femmes qui ont une tendance occulte au diabète sont celles dont le pancréas ne peut produire ce surplus d'insuline. Chez elles, s'installe alors l'hyperglycémie.

Controverse sur le dépistage :

Plusieurs spécialistes considèrent qu'il est important de dépister l'hyperglycémie durant la grossesse afin de prévenir les complications qui peuvent survenir chez la mère et l'enfant. La femme enceinte ayant reçu le diagnostic de diabète gestationnel est alors traitée à l'aide d'un régime alimentaire, et parfois de l'insuline. Ce point de vue ne fait toutefois pas l'unanimité. Bien qu'il y ait consensus sur l'existence d'anomalies du métabolisme du glucose chez certaines femmes enceintes, plusieurs intervenants en santé doutent de la pertinence de dépister et de traiter cet état.

En novembre 2002, à la suite d'une méta-analyse recensant les études parues entre 1990 et 2002, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada concluait qu'« il n'est pas possible de recommander une approche unique pour le dépistage du diabète gestationnel puisqu'il n'existe pas de résultats scientifiques démontrant l'effet favorable d'un programme de dépistage à grande échelle » [4]. Étonnamment, le régime alimentaire et l'insulinothérapie ne préviendraient pas les complications du diabète gestationnel, tant chez la mère que chez l'enfant. Par conséquent, autant l'absence de dépistage que le dépistage systématique sont considérés comme acceptables. Toutefois, par précaution dans ce climat d'incertitude, on mentionne aussi qu'aucune preuve n'impose l'abandon du dépistage.

À l'Association canadienne du diabète, on recommande de faire le dépistage seulement chez les femmes à risque de diabète gestationnel (voir les sections Personnes à risque et Facteurs de risque), et ce entre les 24^e et 28^e semaines de grossesse. (En présence d'un risque élevé, le suivi commence dès la 16^e semaine). Certains hôpitaux canadiens ont adopté le dépistage systématique, puisque les femmes non à risque de diabète gestationnel constituent une petite proportion, et que le test permet aussi de dépister le diabète de type I chez des femmes atteintes, mais qui l'ignorent encore. Au Québec, des maisons de naissance ont comme règle de simplement s'assurer de l'absence de diabète en début de grossesse (un diabète non déclaré), donc avant la 16^e semaine.

³ Lord D. *Dépistage - Le diabète de grossesse fait l'objet de controverse Des effets dévastateurs pour la femme enceinte et l'enfant*. Le Devoir, édition du samedi 29 et du dimanche 30 mars 2003. Canada. [Consulté le 18 juillet 2003]. www.ledevoir.com

⁴ La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Directives cliniques - Dépistage du diabète sucré gestationnel, *Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada*. [Consulté le 18 juillet 2003]. www.sogc.org

N.B. Si le fœtus est en contact dès les premiers mois avec un milieu diabétique, des complications graves s'ensuivent (par exemple, un risque accru de malformations congénitales ou de mort). L'importance de détecter un diabète en début de grossesse (de type I ou de type II, non déclaré) fait l'unanimité. Généralement, on ne déconseille pas aux femmes diabétiques d'avoir des enfants, mais elles doivent le faire sous un suivi médical rigoureux qui doit débiter avant la conception.

Le test de dépistage :

Il consiste en une mesure de glycémie capillaire. En cas d'hyperglycémie, on entreprendra un test d'hyperglycémie provoquée qui consiste à évaluer la glycémie sanguine une heure après avoir ingéré 50 g de glucose.

Après l'accouchement :

Dans 90 % des cas, le diabète gestationnel disparaît dans les quelques semaines suivant l'accouchement. Toutefois, une proportion importante des femmes qui en sont atteintes développeront, quelques mois ou plusieurs années plus tard, un diabète de type II ou, beaucoup plus rarement, un diabète de type I.

Allaitement :

Le diabète gestationnel ne constitue pas une contre-indication pour l'allaitement maternel. Au contraire, des études indiquent qu'il peut conférer une certaine protection contre le diabète chez la progéniture (voir notre fiche Diabète de type I). En effet, les enfants des mères qui développent un diabète de grossesse sont déjà à risque puisque leur mère pourrait leur transmettre sa tendance génétique à la maladie, et aussi parce qu'ils se développent dans un milieu hyperglycémique.

Conséquences possibles pour la mère :

- des infections des voies urinaires.
- de l'hypertension artérielle et de l'enflure (plus fréquents en présence de diabète gestationnel).
- un accouchement prématuré.
- un accouchement par césarienne (à cause de la taille de l'enfant).
- un risque accru de développer éventuellement un diabète de type II.

Conséquences possibles pour l'enfant :

- une hypoglycémie néonatale.
- une exagération de la jaunisse du nouveau-né.
- un déficit en calcium sanguin.
- un syndrome de détresse respiratoire.
- une macrosomie (développement exagéré de toutes les parties du corps).
- un risque accru de développer éventuellement un diabète, le plus souvent de type II

Symptômes :

Tout comme pour les autres types de diabète, la femme enceinte atteinte de diabète gestationnel est généralement asymptomatique. Dans de rares cas, elle peut présenter les symptômes suivants : une fatigue inhabituelle pour une femme enceinte ; des mictions abondantes ; une soif intense.

Personnes à risque :

- Les femmes d'origine hispanique (les Latino-Américaines), amérindienne, afro-américaine et celles du Sud-Est asiatique.

- Les femmes ayant plus de 25 ans.
- Les femmes ayant une prédisposition génétique au diabète (antécédents familiaux de diabète).
- Les femmes ayant eu l'un des problèmes suivants au cours d'une grossesse précédente : diabète gestationnel, hypertension, infection des voies urinaires, hydramnios (surplus de liquide amniotique).
- Les femmes ayant déjà eu un nouveau-né affligé d'une anomalie de naissance, une fausse couche, un bébé mort-né ou un bébé de plus de 4 kg (9 lb).

Facteurs de risque :

L'obésité avant la grossesse constitue un facteur de risque important.

Prévention :

En principe, il n'existe aucun moyen reconnu de prévenir le diabète gestationnel, mais on peut penser qu'une saine alimentation et le maintien d'un poids santé peuvent contribuer à en amoindrir les risques (la majorité des femmes qui souffrent de diabète durant leur grossesse ont un diabète de type II). Pour en savoir plus, consulter la section Prévention de la fiche Diabète de type II.

Prévention des complications pour la mère et le nouveau-né :

Contrôle de la glycémie. Selon les tenants du dépistage systématique du diabète gestationnel, en principe, ses complications peuvent être atténuées ou prévenues par un contrôle serré de la glycémie. Ce contrôle nécessite une alimentation adéquate, et parfois de l'insuline. Un lecteur de glycémie est indispensable pour vérifier et corriger au besoin la qualité du contrôle. Voir la fiche Diabète - vue d'ensemble pour plus d'informations sur le suivi de la glycémie.

Suppléments de multivitamines et minéraux ^[5]. Durant la grossesse, les besoins en nutriments augmentent. Une synthèse scientifique rapporte que des carences pour les nutriments suivants ont été observées chez les femmes atteintes de diabète gestationnel : chrome, magnésium, potassium et vitamine B6 (pyridoxine). Ces pertes nutritionnelles sont dues à la glycosurie (présence anormale de glucose dans l'urine) associée au diabète, et elles pourraient accentuer la tendance à l'hyperglycémie puisque chacune de ces déficiences nuit à la production d'insuline. Cet exposé de synthèse avance qu'une supplémentation pourrait servir à prévenir ou à soigner le diabète gestationnel ^[6].

Prévention du diabète de type II :

Étant donné que plus de 50 % des femmes ayant été atteintes de diabète gestationnel risquent de souffrir un jour du diabète de type II, celles-ci auront d'autant plus intérêt à observer de saines habitudes de vie pour prévenir son apparition. Il faudra en particulier faire le nécessaire pour éviter l'obésité, en mangeant sainement et en augmentant l'activité physique. Cela aidera aussi à prévenir l'hypertension et l'excès de cholestérol, deux maladies qui accompagnent souvent le diabète. Consulter la section Prévention de la fiche Diabète de type II.

Traitements médicaux :

Le traitement du diabète gestationnel a été remis en question ces dernières années, puisque sa capacité à réduire les complications n'a pas encore été démontrée.

Certains médecins recommandent d'adopter un bon régime alimentaire (qui respecte les besoins nutritionnels de la femme enceinte) et d'apporter quelques modifications au mode de vie pour que la glycémie se maintienne à des taux acceptables, et que la mère et l'enfant se

⁵ V.R. Mères diabétiques - Les multivitamines réduisent le risque de malformations chez l'enfant, *L'Actualité Médicale*, vol. 24, no 25, juin 2003.

⁶ Jovanovic-Peterson L, Peterson CM. [Vitamin and mineral deficiencies which may predispose to glucose intolerance of pregnancy.](#) *J Am Coll Nutr*, 1996 Feb;15(1):14-20.

portent bien. Voir notre fiche Diabète - vue d'ensemble pour en savoir davantage sur le régime alimentaire approprié au diabétique, ainsi que sur l'exercice physique. La majorité des médicaments antidiabétiques (sulfonylurées, biguanides, etc.) sont contre-indiqués en cas de grossesse. Quant à l'insuline, on la réservera aux cas où la modification de l'hygiène de vie ne permet pas à elle seule de contrôler la glycémie. À l'opposé, d'autres médecins considèrent que la somme des efforts demandés à la femme enceinte pour contrôler sa glycémie ne valent pas la peine étant donné les faibles bénéfices obtenus. Ce sera à chacune d'en discuter avec son médecin.

L'opinion de notre médecin (D^r Paul Lépine, M.D. D.O.) :

Devant l'absence de directives scientifiques et médicales claires, que faire? D'abord, prendre conscience qu'il est possible que votre médecin (ou votre sage-femme) ait une préférence marquée pour ou contre le dépistage systématique. Il se peut même que l'hôpital (ou la maison des naissances) ait une politique à cet égard. Vous pouvez toujours vous y opposer, mais cela crée des tensions inconfortables. Il est possible aussi qu'on vous laisse pleinement le choix. Dans tous les cas, considérez l'ensemble des autres facteurs humains. Étant donné vos idées, vos valeurs, vos craintes, vos croyances, avec quelle décision serez-vous le plus à l'aise quoi qu'il arrive? Il n'y a pas de choix parfaitement sécuritaire. Choisissez alors le mieux pour vous.

L'opinion de notre spécialiste (D^r Maria Garrido, endocrinologue) :

L'effet du traitement sur la prévention des conséquences du diabète gestationnel est encore très débattu, et le suivi médical pourrait être allégé. Cela dit, je suis persuadée que le diagnostic de diabète gestationnel est important. D'abord, il faut savoir que le diagnostic permet de détecter les cas de « vrai » diabète durant la grossesse, qui peut avoir des conséquences graves, comme la mort du fœtus ou une grave maladie chez le nouveau-né. Ensuite, et ceci est bien prouvé, les femmes atteintes de diabète gestationnel vivent souvent des complications lors de l'accouchement. Il est bon que l'équipe médicale le sache afin d'aider au mieux la femme enceinte. Enfin, je crois qu'on peut rendre un grand service à ces femmes en leur faisant part du danger cardiovasculaire qu'elles portent, et surtout en les aidant après l'accouchement à prévenir ou à traiter le diabète de type II, l'obésité, l'hypertension, l'hyperlipidémie, etc.

Recherche et rédaction : Pierre Lefrançois et Marie-Michèle Mantha, M.Sc.

Révision médicale : D^r Maria Garrido, endocrinologue

Fiche mise à jour le : 24 novembre 2003

Bibliographie :

- Ask DrWeil, Polaris Health (Ed). Health Conditions - Diabetes, *DrWeil.com*. www.drweil.com
- Burger H., Crane J et Farine D. Dépistage du diabète sucré gestationnel, *Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, no 121, novembre 2002. www.sogc.org
- IntelliHealth (Ed). Health A-Z - Gestational Diabetes, *Aetna Intellihealth*. www.intelihealth.com
- Lord D. *Dépistage - Le diabète de grossesse fait l'objet de controverse Des effets dévastateurs pour le femme enceinte et l'enfant*. Le Devoir, édition du samedi 29 et du dimanche 30 mars 2003. Canada. www.ledevoir.com
- Mayo Foundation for Medical Education and Research (Ed). Diseases and Conditions - Gestational diabetes *MayoClinic.com*. www.mayoclinic.com
- National Library of Medicine (Ed). PubMed, *NCBI*. www.ncbi.nlm.nih.gov
- Natural Standard (Ed). Condition Center - Diabetes, *Nature Medicine Quality Standards*. www.naturalstandard.com
- Pizzorno JE Jr, Murray Michael T (Ed). *Textbook of Natural Medicine*, Churchill Livingstone, États-Unis, 1999.
- La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Directives cliniques - Dépistage du diabète sucré gestationnel, *Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada*. www.sogc.org
- The Natural Pharmacist (Ed). Natural Products Encyclopedia, Conditions - Pregnancy support, *ConsumerLab.com*. www.consumerlab.com
- V.R. Mères diabétiques - Les multivitamines réduisent le risque de malformations chez l'enfant, *L'Actualité Médicale*, vol. 24, no 25, juin 2003.