



# Le diabète gestationnel

Diabète de grossesse

## Table des matières

Introduction	2
Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?	2
Comment cela arrive-t-il ?	2
Pourquoi moi ?	4
Pourquoi traiter le diabète gestationnel ?	5
Comment traiter et contrôler le diabète ?	6
1. La surveillance de votre glycémie	6
2. L'alimentation saine et équilibrée	7
3. L'activité physique	8
4. La médication	8
Que se passe-t-il à l'accouchement et après la grossesse ?	9
Serai-je diabétique après la naissance de mon enfant ?	10
Conclusion	11
Références	12

## Introduction

Vous avez eu un diagnostic de diabète gestationnel (de grossesse). Cette brochure s'adresse à vous et à vos proches.

Elle a pour but de vous informer afin de vous aider à faire face à cette situation le plus simplement possible.

Une équipe de professionnels composée de médecins, nutritionnistes, et infirmières vous offre le soutien et les informations nécessaires.

***Lisez bien cette brochure, faites la lire à vos proches, et surtout, n'hésitez pas à poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit.***

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

- Il est diagnostiqué par l'augmentation du taux de sucre dans le sang qui survient pour la première fois durant la grossesse.
- Il touche 3 à 20 % des femmes enceintes.
- Il peut affecter la mère et son enfant.
- Pour la majorité des femmes, cela disparaîtra après la naissance du bébé.

## Comment cela arrive-t-il ?

Normalement, le pancréas sécrète de l'insuline qui permet au sucre (glucose) présent dans le sang de pénétrer dans les cellules du corps. Une fois dans les cellules, le glucose devient une source d'énergie importante.

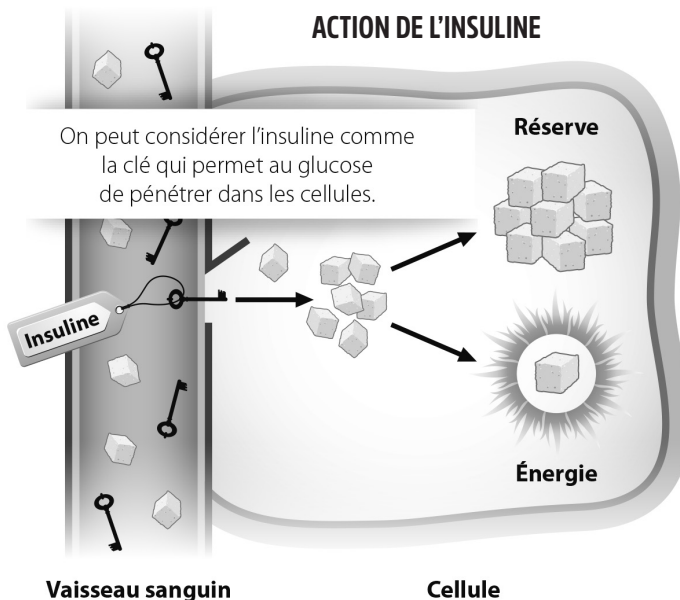
Durant la grossesse, des hormones produites par le placenta réduisent l'efficacité de l'insuline. Le pancréas doit donc chez toutes les femmes enceintes sécréter beaucoup plus d'insuline pour contrôler la glycémie. Un déficit même léger de la sécrétion d'insuline risque d'entraîner un contrôle insuffisant de la glycémie, donc le diabète gestationnel qui en général est asymptomatique.

Cette condition peut survenir occasionnellement dès le premier trimestre mais elle est surtout fréquente à la fin du 2<sup>e</sup> et au cours du 3<sup>e</sup> trimestre puis elle a tendance à s'aggraver jusqu'à la 33<sup>e</sup> et même parfois jusqu'à la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse.

**Lorsque votre taux de sucre est élevé, vous pouvez parfois ressentir des symptômes comme :**

- la fatigue;
- la soif;
- l'augmentation de la quantité d'urine;
- l'augmentation de la faim.

Le contrôle de votre glycémie peut varier durant la grossesse car plus votre grossesse avance, plus le taux d'hormones de grossesse augmente, plus l'action de l'insuline risque d'être réduite (résistance à l'insuline).



## Pourquoi moi ?

### **Certains facteurs augmentent les risques d'avoir le diabète gestationnel :**

- Un âge supérieur à 35 ans;
- Une histoire de diabète dans votre famille;
- Un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30 avant la grossesse ou gagner du poids au-delà des recommandations au cours des deux premiers trimestres de grossesse;
- Le syndrome des ovaires polykystiques;
- Un antécédent de diabète à la grossesse précédente;
- Un accouchement d'un bébé de plus de 4 kg (9 lbs);
- Être de descendance autochtone, latino-américaine, asiatique, arabe ou africaine;
- Une grossesse multiple.



## Pourquoi traiter le diabète gestationnel ?

**Si votre taux de sucre n'est pas contrôlé, les risques suivants peuvent survenir :**

**Pour la mère :**

- Avortement spontané (dans les trois 1<sup>er</sup> mois de grossesse)
- Risque plus élevé de naissance par césarienne;
- Risque plus élevé d'accouchement difficile;
- Surplus de liquide amniotique (polyhydramnios);
- Risque plus élevé de rupture prématurée des membranes;
- Travail prématuré;
- Risque d'infection (vessie, rein, vagin en particulier);
- À plus long terme, risque plus élevé de diabète;
- Hypertension de grossesse ou pré-éclampsie.



**Pour le bébé :**

- Risque plus élevé de malformations congénitales (dans les trois 1<sup>er</sup> mois de grossesse);
- Hypoglycémie;
- Prise de poids importante;
- Prématurité;
- Risque plus élevé de traumatisme à la naissance si accouchement difficile;
- Jaunisse;
- Troubles respiratoires;
- Obésité et intolérance au glucose au début de l'âge adulte (surtout si le poids de naissance est plus grand que 4 kg ou 9 lbs).

***Ces complications s'observent lorsque le diabète gestationnel n'est pas contrôlé.  
Les conseils qui suivent ont pour but de prévenir ou d'atténuer ces complications.***

## Comment traiter et contrôler le diabète ?

Vous avez un rôle important à jouer pour contrôler votre diabète durant la grossesse.  
Le traitement et le contrôle du diabète reposent sur plusieurs facteurs :

### 1. La surveillance de votre glycémie



#### Comment faire une glycémie ?

1. Se laver les mains;
2. Ne pas nettoyer le doigt avec de l'alcool;
3. Piquer au bout du doigt ou sur les côtés (changer de doigt à chaque glycémie);
4. Faire apparaître une goutte de sang;
5. Déposer le sang au bout de la bandelette;
6. Jeter les aiguilles (lancettes) dans un contenant rigide.

\* Inscrire le résultat dans votre carnet

Pour un suivi adéquat de votre diabète gestationnel, il est souhaitable de faire 4 glycémies par jour, selon l'horaire suivant :

Horaire des glycémies	Normale	
À jeun (avant déjeuner)	Entre 3.8 et 5.2 mmol / l	
1 heures après le début de chaque repas*	Inférieure ou égale à 7.7 mmol / l	
* Exemple : Vous commencez à déjeuner à 7 h 30 : vous faites votre glycémie à 8 h 30. Si vous dépassez l'heure, faire la glycémie 2 heures après le début du repas.		
2 heures après le début du repas.	Inférieure ou égale à 6.6 mmol / l	

## 2. L'alimentation saine et équilibrée

*(Se référer au document remis par la nutritionniste)*

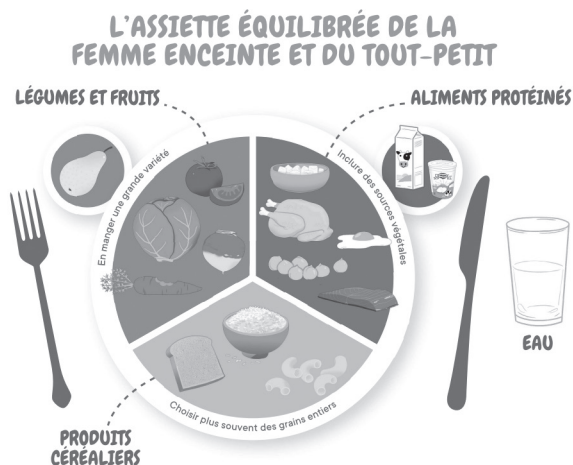
Il est important de compléter un journal alimentaire jusqu'à la visite prévue avec votre diététiste-nutritionniste.

C'est un outil indispensable pour vous et pour tous les intervenants afin de cibler vos besoins.

### Ce journal devra nous indiquer :

- L'heure et le contenu de toutes les collations et repas pris au cours de la journée;
- Les quantités consommées;
- La marque commerciale des produits;
- La durée de l'activité physique effectuée.

Vous aurez peut-être à changer certaines habitudes alimentaires afin de contrôler votre glycémie. C'est pour cette raison qu'une évaluation de votre alimentation et le suivi avec votre diététiste-nutritionniste sont nécessaires.





### **3. L'activité physique**

#### ***Bougez !***

Faire de l'activité physique idéalement après les repas (20-30 minutes / séance) peut aider à abaisser le taux de sucre. Une simple marche à un pas rapide qui vous permette de parler à une autre personne sans être essouffée, serait considérée comme un bon rythme. Il n'est donc pas nécessaire de suer à grosses gouttes pour en retirer des bénéfices. Intégrer dans vos habitudes de vie une marche quotidienne de 30 minutes permet d'améliorer les glycémies.



### **4. La médication**

Si le contrôle des glycémies est insuffisant, l'insuline est le médicament de premier choix. Parfois, une médication orale (metformine) pourra être utilisée seule ou avec l'insuline.



## Que se passe-t-il à l'accouchement et après la grossesse ?

Pendant le travail, le personnel va surveiller vos glycémies aux 2 heures. Si vous preniez de l'insuline durant la grossesse, vous aurez besoin d'une perfusion d'insuline par voie intraveineuse. Le débit de la perfusion sera ajusté par le personnel en fonction de vos glycémies et sera cessé après l'accouchement.

À la naissance et dans les heures suivantes, le personnel surveillera également les glycémies de votre bébé.

### Mon enfant sera-t-il diabétique à la naissance ?

Non, à moins d'un effet du hasard, ce qui est très rare.

Par contre, si votre contrôle glycémique est insuffisant durant toute la grossesse, vous augmentez les risques que votre enfant développe de l'hypoglycémie temporaire et plus tard de l'obésité et le diabète de type 2 à l'adolescence ou à l'âge adulte.

### Pourrai-je allaiter ?

L'allaitement est fortement recommandé étant donné les nombreux avantages pour votre bébé.

- Il semble être un facteur protecteur contre le développement du diabète.
- Débuté dans les 2 premières heures de vie, il permet de stabiliser la glycémie de votre bébé et par conséquent réduit ses risques d'hypoglycémies.
- L'exposition du bébé au diabète de la mère durant la grossesse augmenterait le risque de développer des problèmes d'obésité. Certaines études tendent à démontrer que l'allaitement maternel diminue les risques de ce problème.



## Serai-je diabétique après la naissance de mon enfant ?

Habituellement, les glycémies redeviennent normales après l'accouchement, souvent le jour même. Par contre, faire un diabète gestationnel indique un risque élevé de développer un diabète de type 2 (diabète de l'adulte) pour vous.

### **Pour cette raison, nous vous conseillons après votre grossesse :**

- D'atteindre si possible et de maintenir un poids santé ou au moins de diminuer l'excès de poids;
- D'adopter de saines habitudes alimentaires conformes au Guide alimentaire canadien pour manger sainement;
- De limiter la consommation de sucres concentrés;
- De faire de l'exercice au moins 3 fois par semaine (150 minutes / semaine);
- De faire un dépistage du diabète une fois par année avec votre médecin;
- De consulter votre médecin avant de redevenir enceinte.



Il est très important de refaire un test d'hyperglycémie orale provoquée avec 75 grammes de glucose environ 6 semaines à 6 mois après l'accouchement.

Ce test est très important et a pour but de vérifier si vous êtes diabétique, prédiabétique ou non. Si vous l'êtes, il est essentiel d'avoir un suivi régulier avec votre médecin.

# Conclusion

Le suivi de votre diabète peut vous sembler exigeant, mais il est primordial pour votre bien-être et celui de votre enfant. Alors, si vous avez des questions ou des inquiétudes, n'hésitez surtout pas à nous en parler.

Les médecins, les infirmières et les nutritionnistes ont une équipe pour vous fournir l'information et le soutien nécessaire au bon cheminement de votre grossesse.

## LEXIQUE

Glycémie	Taux de sucre dans le sang
Hypoglycémie	Taux bas de sucre dans le sang
Hyperglycémie	Taux élevé de sucre dans le sang
Sensibilité des cellules à l'insuline	Une unité d'insuline abaisse la glycémie de combien de mmol / L



### Notes personnelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Le diabète gestationnel

Clientèle GARE

## RÉFÉRENCES

<https://www.diabete.qc.ca/le-diabete/informations-sur-le-diabete/diabete-de-grossesse/>

<https://fondationolo.ca/blogue/alimentation/assiette-equilibree/>

Barss, A. V., & Repke, T. J. (2010). Patient information : Care during pregnancy for women with type 1 or 2 diabetes mellitus. *Official reprint from UpToDate*, 1-14. Récupéré le 18 août 2010 de <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pregnan/5061&view=print>

Canadian Journal of diabetes. (2013). Canadian diabetes association 2013 *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of diabetes in Canada*. Vol. 37. Suppl. 1. Canadian Diabetes Association. <http://www.diabetes.ca>

Jovanovic, L. MD (2010). Treatment and course of gestational diabetes mellitus. *Official reprint from UpToDate*, 1-26. Récupéré le 18 août 2010 de <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pregcomp/27083&view=print>

Jovanovic, L. MD (2010). Patient information : Gestational diabetes mellitus. *Official reprint from UpToDate*, 1-9. Récupéré le 18 août 2010 de <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pregnan/8876&view=print>

Evert, A.B., & Vande Hei, K. (2006). Gestational diabetes education and diabetes prevention. *Diabetes spectrum*, 19(3), 135-139.

Scollan-Koliopoulos, M., & Guadagno, S. (2006). Gestational diabetes management : Guidelines to a healthy pregnancy. *The nurse practitioner*, 31 (6), 14-25.

Lowdermilk, D. L., Perry, S., Bobak, I. M. (2003). Grossesse à risque : Condition préexistantes. *Soins infirmiers périnatalité* (pp.700-720). Montréal : Beauchemin.

Cunningham, G. F., MacDonald, P. C., Grant, N. F., Leveno, K. J., & Gilstrap, L. C. (1993). *Endocrine disorders : Williams obstetrics* (pp.1201-1212). Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.

## REMERCIEMENTS

Cette brochure a été réalisée grâce à la collaboration de :

**Catherine Labbé**, infirmière en pratique avancée  
volet diabète et MPOC

**Rosianne Landry**, infirmière clinicienne,  
clinique de diabète gestationnel

**Christyne Allen**, endocrinologue

**Marie-Claude Berger** infirmière clinicienne,  
clinique de diabète gestationnel

**Patricia Lemieux**, endocrinologue

**Geneviève Forget**, endocrinologue

Les endocrinologues du comité de périnatalité du  
CHU de Québec - Université Laval

## POUR NOUS JOINDRE

Infirmière : \_\_\_\_\_

Téléphone : 418-525-4444 **CHUL** : poste 72338  
**HSFA** : poste 54412

Lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h



Site web « Diabète Québec » : [www.diabete.qc.ca](http://www.diabete.qc.ca)

