

# Grossesse et diabète de type 1 et 2

## IMPACTS ET RISQUES

## IMPACTS SUR LA GLYCÉMIE

1<sup>er</sup> trimestre



Risques d'hypoglycémies

2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre



Risques d'hyperglycémies  
(Augmentation des besoins en insuline)

## IMPACTS SUR LA TENSION ARTÉRIELLE

Risque d'hypertension artérielle



Surveillance

## PRÉCAUTIONS

## BILAN MÉDICAL

### Avant la grossesse



Programmer la grossesse



Suivi régulier



Diabète équilibré



Fond d'oeil

### Pendant la grossesse



Suivi médical régulier



Maintien et adaptation du traitement



Alimentation équilibrée



Activité physique douce

Recherche des protéines dans les urines

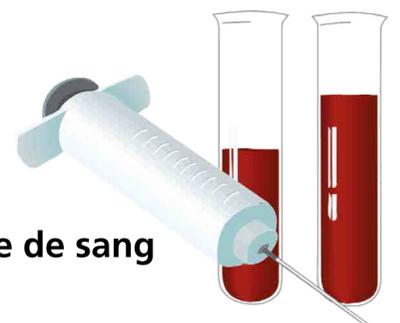


### Après l'accouchement

Surveillance pendant plusieurs jours



Prise de sang



Électrocardiogramme



# Grossesse et diabète de type 1 et 2

Si vous êtes déjà diabétique (de type 1 ou de type 2), envisager une grossesse est possible. Il faudra cependant prendre plusieurs précautions : programmer votre grossesse et bien surveiller votre diabète avant et pendant la grossesse, car votre profil glycémique va changer au fil des mois de grossesse.

Avant d'envisager une grossesse, il faudra donc effectuer un bilan avec votre médecin : fond d'œil, recherche de protéines dans les urines, prise de sang (notamment pour doser hémoglobine glyquée ou HbA<sub>1c</sub>) et électrocardiogramme.

## DT1 ET GROSSESSE

La prise en charge des femmes ayant un DT1 doit débuter en amont de la grossesse. Ce point est essentiel pour prévenir des complications.

Un traitement optimisé visant des glycémies aussi proches que possible de la normale permet de réduire la plupart des risques associés au diabète. Votre médecin décidera d'adapter votre traitement insulinique au début de votre grossesse. Si les objectifs glycémiques fixés ne sont pas atteints, il adaptera le nombre de vos injections et vos doses d'insuline. Toutefois, vous pourriez être amenée à changer votre schéma car certaines insulines sont conseillées aux femmes enceintes.

Comme l'insuline ne passe pas la barrière du placenta, vos injections d'insuline n'auront aucun effet sur votre bébé. Vous allez donc pouvoir poursuivre votre traitement par injections durant toute la grossesse.

Il est aussi conseillé aux femmes diabétiques de type 1 de faire des tests de corps cétoniques urinaires ou sanguins, lorsque leur glycémie est très élevée pendant plusieurs heures.

Une consultation tous les 15 jours est nécessaire jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois. La surveillance métabolique repose sur les glycémies capillaires qui doivent être réalisées avant les repas, 1 ou 2 heures après les repas ainsi qu'au coucher.

Du fait de l'excès de sucre dans le sang, si le diabète n'est pas suffisamment bien équilibré, votre bébé peut être trop grand pour son âge (macrosomie fœtale) et l'on pourra vous proposer une césarienne pour l'accouchement à cause de sa taille importante.

## DT2 ET GROSSESSE

Il est conseillé aux femmes diabétiques qui souhaitent avoir un enfant de maintenir une hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>) sous la barre du 7,0 % (et même inférieure à 6,5 % lorsque possible) pour réduire les risques de complications. Si vous ne réussissez pas à atteindre cet

objectif, sachez qu'une diminution de l'HbA<sub>1c</sub> améliore les chances d'avoir un bébé en bonne santé.

Votre médecin vous proposera peut-être d'augmenter ou de modifier votre traitement actuel. Si votre diabète est traité par comprimés, votre médecin décidera peut-être de vous changer de traitement au début de votre grossesse. Il pourra décider de vous passer sous insuline, le temps de votre grossesse, car certaines insulines sont conseillées aux femmes enceintes.

Au 1<sup>er</sup> trimestre, vous serez plus sujette aux hypoglycémies. Au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre, vous serez plutôt en hyperglycémie et vos besoins en insuline vont augmenter sous l'effet des hormones de la grossesse.

Le contrôle de l'alimentation, le suivi du poids et des glycémies et une activité physique douce vont vous aider à réussir.

## GROSSESSE ET SURVEILLANCE GLYCÉMIQUE

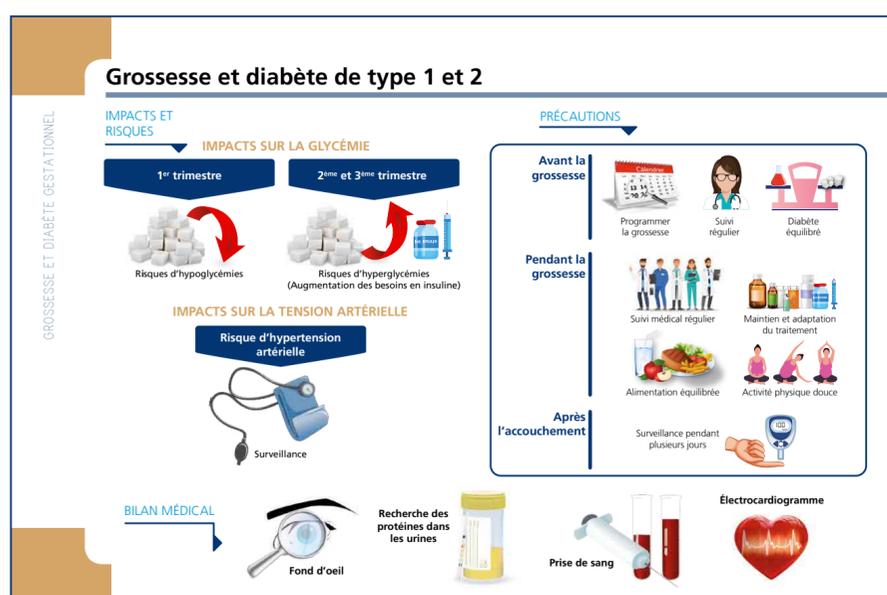
Durant votre grossesse, quel que soit le type de diabète, une surveillance de votre glycémie s'imposera. Et l'idéal sera que votre médecin traitant puisse se rapprocher de votre gynécologue-obstétricien.

Pour la maman, ce type de grossesse peut entraîner des complications comme de l'hypertension artérielle. Afin que votre grossesse se déroule bien, vous devrez adopter un régime alimentaire équilibré et contrôler votre consommation de glucides.

Pour assurer le suivi de votre diabète au quotidien, votre carnet d'auto-surveillance permettra de noter vos glycémies, votre alimentation, vos activités et votre traitement. Vous pourrez ensuite vous en servir pour analyser l'évolution de votre diabète avec votre médecin.

Adapter votre alimentation est donc souhaitable : afin de ne pas prendre trop de poids (ce qui favoriserait le déséquilibre des glycémies) privilégiez les viandes maigres, les poissons, les légumes et les féculents. Contrôler votre consommation de glucides est également essentiel.

Prenez conseil de votre médecin ou de votre diététicien. Privilégiez les aliments avec un index glycémique faible. Il est souvent recommandé de fractionner les repas pendant la grossesse (décaler le dessert par exemple).



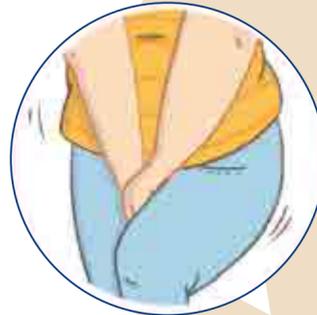
# Diabète gestationnel : diagnostique, surveillance et risques

## LES SYMPTÔMES DU DIABÈTE GESTATIONNEL

SOIF INTENSE



URINES ABONDANTES



FATIGUE IMPORTANTE



## LES FACTEURS RISQUES

Surpoids ou obésité de la maman avant la grossesse :

IMC (Indice de Masse Corporelle) > 25 kg/m<sup>2</sup>



Antécédent de diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse



Diabète chez les parents de 1er degré (parents, frères et sœurs)

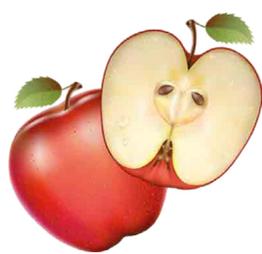
Antécédent de gros bébés (plus de 4 kg à la naissance)



## Surveillance



Traitement par insuline quand les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas



Prise en charge diététique Répartir la prise de glucides au cours de la journée



Pratiquer une activité physique : (marche, natation, vélo, ...)



Mesure de taux de glycémie 4 à 6 fois par jour à l'aide d'un lecteur

# Diabète gestationnel : diagnostique, surveillance et risques

Le diabète gestationnel « diabète de grossesse » est un trouble de la tolérance au sucre (glucose) qui apparaît ou est diagnostiqué pour la première fois pendant votre grossesse, car vous n'étiez pas connue pour être diabétique avant votre grossesse. Il correspond à un taux trop élevé de sucre dans le sang (hyperglycémie).

Le diabète gestationnel est dépisté à partir du 2ème trimestre de la grossesse (Entre 24 et 32 semaines). Dans la très grande majorité des cas, ce diabète gestationnel disparaît après votre accouchement, mais il persiste un risque plus élevé de développer à l'avenir un diabète de type 2.

La grossesse augmente les besoins de la mère en insuline (l'hormone produite par le pancréas pour diminuer la glycémie) d'un facteur de 2 à 3.

## CHANGEMENTS DUS AU DIABÈTE GESTATIONNEL

Dans la très grande majorité des cas le diabète gestationnel ne se manifeste pas par des symptômes cliniques, il n'est pas perceptible. C'est pourquoi on le dépiste à partir du 2ème trimestre de la grossesse. Exceptionnellement, la future mère présente des symptômes de soif intense, urines abondantes et fatigue importante, qui apparaissent en cas de taux de sucre très élevé dans le sang.

Le risque le plus fréquent est que le poids du bébé soit supérieur à 4 kg, ce qui peut représenter un risque lors de l'accouchement. L'enfant peut également être prédisposé à développer un diabète de type 2 au cours de sa vie.

Le nouveau-né peut aussi, mais beaucoup plus rarement, avoir des hypoglycémies dans les quelques heures qui suivent la naissance, surtout lorsque le diabète était déséquilibré en fin de grossesse. Ces éventuelles hypoglycémies seront dépistées par l'équipe soignante et traitées par une perfusion de sérum glucosé ou un biberon d'eau sucrée.

## COMMENT MIEUX VIVRE AVEC LE DIABÈTE GESTATIONNEL

Si vous présentez un diabète gestationnel, votre médecin

vous demandera de faire plus attention à votre alimentation (notamment au sucre et au gras) et de pratiquer la surveillance de vos glycémies. Le fractionnement des repas peut aider à obtenir de bons résultats.

Il vous incitera également à avoir, si le gynécologue vous l'autorise, une activité physique régulière. Si ces mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas, votre médecin pourra être amené à vous prescrire, dans un second temps, des injections d'insuline.

Selon les chiffres glycémiques obtenus, le traitement sera régulièrement adapté par votre médecin. Les bons résultats glycémiques sont une glycémie inférieure ou égale à 0,95 g/l à jeun et inférieure ou égale à 1,20 g/l deux heures après le repas.

L'insuline s'administre par injections sous-cutanées, réalisées par vous-même après que l'on vous ait montré comment faire. Certaines personnes peuvent présenter des angoisses ou peurs quant aux piqûres, ce qui est compréhensible. Les aiguilles des stylos d'injection d'insuline sont fines et courtes ce qui rend l'injection très peu douloureuse.

L'insuline n'est absolument pas dangereuse pour le bébé, car elle ne traverse pas le placenta. Les injections faites dans le ventre ne sont pas non plus dangereuses pour lui.

## A retenir

Dans la très grande majorité des cas, le diabète disparaît après l'accouchement, sauf si vous étiez diabétique avant la grossesse, sans le savoir. Dans ce cas, le diabète peut persister après l'accouchement.

C'est pour cette raison qu'il est indispensable de refaire un test de glycémie 3 mois après l'accouchement pour bien vérifier la disparition du diabète.

Continuez à faire attention à votre mode de vie, alimentation, excès éventuel de poids, et surtout pratiquez une activité physique.

