

Le diabète gestationnel: une préoccupation croissante

30 April 2015

Le diabète gestationnel est une pathologie qui survient pendant la grossesse. Sa prévalence augmente, du fait principalement d'un accroissement des taux d'obésité et de l'évolution des modes de vie. Nous nous intéressons ici à la manière dont cette pathologie survient, à ses répercussions sur la santé, ainsi qu'aux méthodes de prévention et de traitement possibles.

Qu'est-ce que le diabète gestationnel?

Le diabète gestationnel, ou diabète sucré gestationnel (DSG), est une pathologie et un problème de santé croissant qui se manifeste généralement pendant la seconde moitié de la grossesse¹. Quand une femme est atteinte de DSG, ses taux de glucose (sucre) dans le sang deviennent plus élevés que la normale. D'ordinaire, l'hormone appelée insuline réduit la quantité de glucose dans le sang, par exemple en aidant le glucose à pénétrer les cellules des muscles, du foie et du tissu adipeux. Pendant la grossesse, les besoins en insuline sont plus importants, mais les changements hormonaux peuvent rendre les cellules moins réceptives à l'insuline. Normalement, quand les taux de glucose dans le sang augmentent, le pancréas sécrète davantage d'insuline. Cependant, quand le pancréas ne peut produire suffisamment d'insuline pour aider à contrôler les taux de glycémie, une « intolérance au glucose » se développe ; lorsque ce phénomène se produit pendant la grossesse, on parle de DSG.

Implications médicales

Le DSG peut avoir des implications médicales pour la mère et le bébé. Le glucose passe à travers le placenta et favorise une croissance excessive du fœtus. La macrosomie est une pathologie où les bébés présentent un poids excessif par rapport à l'âge gestationnel, c.-à-d. généralement un poids de naissance supérieur à 4 kg ou 4,5 kg, ce qui peut entraîner des complications au moment de l'accouchement, comme une dystocie des épaules (les épaules du bébé restent coincées derrière l'os pubien pendant l'accouchement) et une morbidité associée à l'accouchement². Le DSG est également lié au risque accru de prééclampsie, qui peut être une pathologie mortelle si elle n'est pas soignée³.

Les mères atteintes de DSG présentent un risque élevé de faire du diabète plus tard. En effet, bien que le diabète disparaisse généralement après la naissance du bébé, plus de 50% des femmes ayant eu un DSG développeront un diabète de type 2 dans les 5 à 10 années suivant l'accouchement⁴. De plus, les nouveaux nés dont la mère a eu du DSG risquent également davantage d'être en surpoids et de développer une obésité ainsi qu'un diabète de type 2 au cours de leur vie⁴. S'ils sont identifiés à temps, les risques de complications de ce type peuvent être réduits en intervenant sur le mode de vie.

Prévalence et facteurs de risqué

La prévalence du DSG varie au sein des populations européennes, allant de 1,7% à 11,6%, avec des taux

plus élevés en Europe du Sud qu'en Europe du Nord et en Europe centrale⁵.

Les facteurs suivants peuvent augmenter le risque chez la femme de développer un DSG^{6,7}:

- un indice de masse corporel supérieur à 30 kg/m² (obésité),
- une grossesse précédente lors de laquelle la femme a eu un DSG ou un nouveau-né de poids de naissance élevé,
- un parent au premier degré atteint de diabète,
- l'appartenance à certains groupes ethniques (ex. : sud-asiatique, noirs des Caraïbes ou Moyen-Orient^{6,7}).

Diagnostic

Les tests de dépistage du DSG sont variables selon les pays européens. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande la réalisation d'un test oral de tolérance au glucose (OGTT, d'après le sigle anglais) à 24-28 semaines de grossesse pour toutes les femmes présentant des facteurs de risque de diabète gestationnel (ou bien un niveau de glycémie à jeun ou de glycémie aléatoire anormal)⁸. Dans le cadre de l'OGTT, le taux de glucose dans le sang est contrôlé à jeun, puis il est de nouveau contrôlé deux heures après l'ingestion d'une boisson au glucose, contenant généralement environ 75 grammes de glucose.

L'OMS a récemment recommandé de fonder le diagnostic du DSG sur les valeurs suivantes³:

- des taux de glycémie à jeun compris entre 5,1 et 6,9 mmol/l,
- 1 heure après une ingestion de 75 grammes de glucose, un taux de glucose plasmatique ≥ 10 mmol/l,
- 2 heures après une ingestion de 75 grammes de glucose, un taux de glucose plasmatique compris entre 8,5 et 11 mmol/l.

Stratégies de prévention et de traitement

Il existe plusieurs « facteurs de risque modifiables » (c.-à-d. contrôlables) qui peuvent contribuer à réduire le risque de DSG. Il s'agit notamment d'avoir un poids sain avant de tomber enceinte, de pratiquer une activité physique et d'avoir un régime alimentaire sain et équilibré composé en grande partie de céréales complètes, de protéines maigres, de poissons gras, et de lipides polyinsaturés et monoinsaturés en quantité équilibrée^{7,9}. La consommation d'aliments et de boissons ayant un [indice glycémique](#) (IG) élevé devrait être limitée au minimum.

Une fois le DSG confirmé par un OGTT, la première stratégie de traitement serait, dans l'idéal, de consulter un diététicien. Bien que la modification du régime alimentaire et la pratique d'une activité physique puissent aider à soigner cette pathologie, on estime que 70% des femmes auront besoin d'un traitement supplémentaire comme, par exemple, des hypoglycémifiants oraux ou des injections d'insuline⁷. Les femmes présentant un DSG sont généralement conseillées par des professionnels de santé sur la façon de contrôler elles-mêmes leurs taux de glycémie.

Références

1. Derbyshire E (2011). Special Cases (pp. 218-240). In Derbyshire E (ed.) Nutrition in the childbearing years. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
2. Young BC & Ecker JL (2013). Fetal macrosomia and shoulder dystocia in women with gestational diabetes: risks amenable to treatment? Current Diabetes Reports 13(1): 12018.
3. [WHO \(2013\). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva, Switzerland: WHO.](#)
4. [International Diabetes Federation website, Gestational diabetes section.](#)
5. Schneider S, Bock C, Wetzell M et al. (2012). The prevalence of gestational diabetes in advanced economies. Journal of Perinatal Medicine 40(5): 511-520.
6. [International Diabetes Federation website, Risk factors section.](#)
7. [National Institute for Health Care Excellence \(NICE\) \(2015\). Diabetes in pregnancy. Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. NICE guideline 3.](#)
8. [WHO \(1999\). WHO Consultation: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part I: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. WHO/NCD/NCS/99.2. Geneva, Switzerland: WHO.](#)
9. [Zhang C & Ning Y \(2011\). Effect of dietary and lifestyle factors on the risk of gestational diabetes: review of epidemiologic evidence. American Journal of Clinical Nutrition 94\(6 Suppl\):1975S-1979S.](#)