

# Diabète gestationnel . en avabt, bougeons!

Autor(en): **Rouge, Dominique**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **112 (2014)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949329>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Diabète gestationnel: en avant, bougeons!

Dominique Rouge a réalisé ce mémoire\* pour l'obtention d'un Certificat de formation continue (CAS) Obstétrique, médecine maternelle et fœtale (Faculté de médecine de l'université de Genève UNIGE) et l'a présenté en décembre 2013. Il s'agit d'un guide à l'usage des sages-femmes. Il répertorie les principaux aspects des connaissances et de la pratique actuelle ainsi que les aspects utiles à nos prises en charge et accompagnements. En voici une brève présentation.

.....  
Dominique Rouge, Genève

Un diabète gestationnel est une des complications les plus fréquentes de la grossesse. Les nouvelles normes de dépistage introduites par consensus international en 2010 font évoluer nos pratiques. Dans une optique de prévention globale, la grossesse est une période à investir. Un diagnostic de diabète gestationnel «a un impact significatif sur le vécu de la grossesse en générant beaucoup d'angoisse chez les patientes.»<sup>[1]</sup>

Les connaissances spécifiques des sages-femmes sont un apport pour les femmes enceintes et pour les professionnels qui s'impliquent dans cette prise en charge. «Les sages-femmes accompagnent les femmes enceintes, les nouveau-nés, les mères et les familles au cours d'une phase très sensible de leur vie. (...) Elle est une personne spécialisée de référence essentielle pour toute femme durant la maternité (du début de la grossesse à la fin de l'allaitement). En cas de risques, elle collabore avec les médecins ainsi que d'autres professionnels.»<sup>[2]</sup> Il devient utile, voire nécessaire de pouvoir informer et soutenir les femmes qui présentent un diabète gestationnel, d'accueillir et d'accompagner ces familles avec leur vécu dans notre rôle de professionnelle.

## Grossesse et glucose

La grossesse engendre une adaptation du métabolisme maternel dont le rôle est de maintenir les besoins énergétiques de la mère et du fœtus. «Le diabète gestationnel est une hyperglycémie apparue ou décelée pour la première fois pendant la grossesse. Il est très souvent diagnostiqué au cours du dépistage prénatal et non pas suite à des symptômes.»<sup>[3]</sup> L'hyperglycémie maternelle met à disposition une quantité de glucose trop importante pour les besoins du fœtus. Le glucose traverse le placenta. Le fœtus y réagit en augmentant sa production d'insuline, ce qui va accroître sa croissance et le stockage de graisses, phénomène à l'origine de la macrosomie fœtale. Les risques de morbidité et de mortalité périnatales sont dès lors augmentés.

## Dépistage

Dès la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse, un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) peut être recommandé à la femme enceinte.

### Test de dépistage – hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)

Contre-indication: diabète connu

#### Réalisation du test

- Entre la 24<sup>e</sup> et 28<sup>e</sup> semaine de grossesse
- Alimentation habituelle les jours précédant le test
- Avant le début du test: femme à jeun depuis 8 heures de temps au minimum, sans fumer.
- Prélèvement d'une glycémie à heure: 0
- Ingestion de 75g de glucose anhydre dilué dans 300 ml d'eau minérale non gazeuse à T° ambiante (remuer jusqu'à obtention d'une solution limpide, aromatiser au jus de citron).
- Ingestion en max 5 minutes.
- Pendant le test, position couchée ou assise, sans fumer.
- Glycémie à heure: 1
- Glycémie à heure: 2
- Prévoir une collation légère (jus orange et pain par ex.)

Un seul critère est suffisant pour poser le diagnostic:

- glycémie à jeun supérieure ou égale ( $\geq$ ) à 5,1 mmol/l,
- glycémie à 1 h  $\geq$  10 mmol/l,
- glycémie à 2 h  $\geq$  8,5 mmol/l.

Pour éviter le désagréable test de surcharge, une alternative de dépistage en deux temps est envisageable. Une glycémie à jeun  $\geq$  5,1 mmol/l signe d'emblée un test positif. On peut renoncer au test si la glycémie à jeun est  $<$  4,4 mmol/l car le diagnostic de diabète gestationnel est peu probable. Cette stratégie n'empêche pas le test de surcharge si une première glycémie à jeun est  $\geq$  4,4 mmol/l et  $<$  5,1 mmol/l.

Un diabète de type II (DTII) peut être découvert lors d'une grossesse. Dans un suivi de grossesse, le dépistage du DTII reste essentiel lors d'une première consultation. Les principaux facteurs de risques étant:

- obésité (Indice de masse corporelle  $>$  30),
- origine non-caucasienne et/ou migrante,
- antécédent familial de diabète de type II (1<sup>er</sup> degré),
- antécédent personnel de diabète gestationnel,
- syndrome des ovaires polykystiques.

\* Le mémoire au complet (13 pages) peut être consulté et téléchargé sur le site Internet [www.sage-femme.ch](http://www.sage-femme.ch) Actualités

## Auteurs

**Dominique Rouge**

Diplôme d'infirmière en hygiène maternelle et pédiatrie HMP | Bachelor de sage-femme | Expérience hospitalière et extrahospitalière, secteurs pédiatrie & maternité | Sage-femme conseillère de 2006 à 2012 | Dès 2009, sage-femme hospitalière en milieu universitaire

● **Contact**

**Dominique Rouge**  
sage-femme@hotmail.ch

Ce dépistage est basé sur la glycémie à jeun  $\geq 7$  mmol/l et/ou sur une glycémie dans les 2 à 3 heures postprandiales  $\geq 11,1$  mmol/l à 2 reprises.<sup>[4]</sup>

**Prise en charge**

Le but de la prise en charge est de maintenir des glycémies maternelles adaptées afin d'assurer à la mère et à son enfant une santé optimale. Des autocontrôles glycémiques sont instaurés. La femme va rencontrer à tour de rôle des intervenants différents et complémentaires (équipes de diabétologie et obstétricales). La femme a besoin d'être informée, instruite et soutenue dans cette nouvelle étape. Sa coopération est importante pour voir la grossesse évoluer au mieux. L'implication de son partenaire, de son entourage, sont des éléments favorables et porteurs pour soutenir la femme dans cette période souvent difficile pour elle.

**Adaptation du mode de vie**

Les deux fondements d'une prise en charge diabétique sont l'association d'une alimentation équilibrée avec une activité physique régulière. L'introduction d'insuline est parfois nécessaire, mais reste marginale.

**Alimentation**

«L'alimentation de la femme enceinte peut influencer positivement non seulement le bon déroulement de la grossesse et le développement du fœtus, mais également l'état de santé, à long terme, de la mère et de l'enfant. (...) C'est donc dès le début de la grossesse, et si possible même avant la conception déjà, que les bonnes habitudes en matière d'alimentation devraient être prises.»<sup>[5]</sup>

**Activité physique**

«Pratiquer une activité physique raisonnable, (...) permet également de prévenir le risque d'un diabète gestationnel.»<sup>[6]</sup>

**Message clé**

Une alimentation saine et variée et une activité physique régulière contribuent à la gestion du diabète gestationnel | apprennent de saines habitudes de vie | préviennent le surpoids.

**Interdisciplinarité**

Les médecins diabétologues, diététiciennes, infirmières-cliniciennes en diabétologie, physiothérapeutes (selon les équipes) proposent des consultations adaptées. Les équipes d'obstétriques (médecins et/ou sages-femmes) ont également un rôle à jouer dans cette prise en charge. Une perspective interdisciplinaire permet une complémentarité des compétences. Les accompagnements en périnatalité se sont amplement développés ces dernières années. Ils apportent une vision nouvelle dans la prise en charge des situations complexes. La communication entre tous les partenaires et les patientes est un élément essentiel pour une prise en charge globale.

Dans une étude menée dans le canton de Vaud, «les soignants consultés soutiennent que tous les professionnels doivent être intégrés dans la prise en charge pour travailler en réseau. (...) Un langage, basé sur des recommandations de pratique clinique validées par tous, est indispensable au travail interdisciplinaire.»<sup>[7]</sup>

**Conclusions**

La grossesse est une étape clé dans la vie d'une femme et d'une famille. Les programmes de prévention y trouvent pleinement leur place. Ils ont un rôle porteur pour l'avenir des personnes concernées. L'annonce et la prise en charge d'un diabète gestationnel ne sont pas sans conséquence. Les qualifications et compétences des sages-femmes sont un apport dans le suivi de ces patientes:

- l'enseignement (nutritionnel entre autres), le soutien et l'accompagnement de ces femmes, de leur(s) enfant(s) à naître, reste un défi;
- la grossesse est une période favorable aux changements profonds;
- les liens que les couples et les familles établissent avec leur(s) sage(s)-femme(s) offrent une possibilité réelle d'actions préventives pour stimuler un mode de vie sain.

Une formation continue est essentielle pour chaque professionnel(-le) en activité. S'agirait-il d'un investissement pour le long terme? Un diabète gestationnel implique pour la moitié des femmes touchées la survenue d'un DTII dans les 20 ans qui suivent et un risque accru de syndrome métabolique pour leur enfant. Pour eux, leur famille et nos sociétés: en avant, bougeons!

**Références**

- 1 Hohlfeld Patrick, Marty François. Précis d'obstétrique. Le livre de l'interne; 2011 (4<sup>e</sup> édition).
- 2 [www.hebamme.ch/x\\_dnlD/htag/2013/CommuniqueDePresse5mai2013.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnlD/htag/2013/CommuniqueDePresse5mai2013.pdf)
- 3 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr) Diabète. Aide-mémoire N° 312; mars 2013.
- 4 Boulvain M, Brändle M, Drack G, Hoesli I, Honegger C, Lehmann R, Raio L, Singer M, Surbeck D, Troendle A, Zommermann R. SSGO. Dépistage du diabète gestationnel. Avis d'expert N° 37; juin 2011.
- 5 SSN. Société Suisse de nutrition. L'alimentation de la femme enceinte. Edition 2011.
- 6 OFSP. Office fédéral de la Santé publique. Alimentation durant la grossesse et la période d'allaitement. Publication; décembre 2008.
- 7 Haugon-Traub I, Schülter V, Chinet L. Faire face à l'épidémie de diabète: réponses à l'échelle du canton. Revue médicale suisse; 5 juin 2013.