

QU'EST-CE QUE le diabète gestationnel ?

Introduction

Le diabète gestationnel correspond à une élévation anormale de la glycémie (taux de sucre dans le sang) qui apparaît pendant la grossesse, le plus souvent au **2^e trimestre**.

Zoom sur les mécanismes en jeu :

Le glucose est le carburant principal du fœtus. C'est même le seul substrat énergétique qu'il peut utiliser.

Pour garantir un apport suffisant au bébé, l'organisme maternel s'adapte dès le début de la grossesse. Il en découle plusieurs adaptations physiologiques normales¹ :

- + Les hormones de grossesse, notamment l'hormone lactogène placentaire (hPL), la progestérone et le cortisol diminuent l'efficacité de l'insuline. On parle alors d'insulino-résistance physiologique, c'est-à-dire que l'insuline agit moins bien et que le glucose entre moins facilement dans les cellules maternelles.
- + Le glucose reste davantage dans le sang maternel et est dirigé en priorité vers le fœtus. D'ailleurs, les études montrent que la glycémie maternelle devrait être environ 20 % plus basse pendant la grossesse².
- + En réponse, le pancréas de la mère augmente naturellement la production d'insuline pour maintenir une glycémie normale.

1 — Quand apparaît le diabète gestationnel ?

Pour compenser l'insulino-résistance, le pancréas maternel doit produire d'avantage d'insuline. Chez certaines femmes, cette adaptation est suffisante alors que chez d'autres, la production d'insuline ne compense pas suffisamment. Par conséquent, la glycémie ne baisse pas comme attendu, et elle peut même augmenter. C'est ce déséquilibre qui définit le diabète gestationnel.

Il ne s'agit donc pas d'un excès de sucre mangé ou d'un défaut d'alimentation, mais d'une capacité d'adaptation métabolique insuffisante face aux besoins de la grossesse.

2 — Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés pour le diabète gestationnel :

- + Des antécédents de diabète gestationnel lors d'une grossesse précédente, un accouchement antérieur d'un bébé de gros poids (macrosomie) ainsi que des antécédents de fausses couches³.
- + Des antécédents familiaux avec la présence d'un diabète de type 2 chez des proches.
- + Des facteurs métaboliques et hormonaux comme le surpoids ou l'obésité avant la grossesse, une diminution de l'activité physique ainsi que le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).
- + Enfin, certains facteurs liés au profil maternel comme un âge maternel plus élevé peuvent également augmenter le risque⁴.

Il est toutefois important de rappeler que le diabète gestationnel peut survenir en l'absence de tout facteur de risque identifiable.

3 — Risques associés chez maman et bébé

CHEZ LA MAMAN , un diabète gestationnel mal équilibré peut augmenter le risque d'hypertension gravidique et de pré-éclampsie, car des glycémies élevées perturbent le fonctionnement des vaisseaux et la régulation de la tension artérielle pendant la grossesse⁵.

Il peut également conduire à un accouchement plus médicalisé, avec un recours plus fréquent à un déclenchement, une césarienne ou des instruments, notamment lorsque le bébé est de poids élevé ou que des complications apparaissent.

À plus long terme, le diabète gestationnel constitue un facteur de risque de diabète de type 2, car il révèle une fragilité du métabolisme du glucose qui peut persister après la grossesse si aucune mesure préventive n'est mise en place⁶.

CHEZ LE BÉBÉ , une glycémie maternelle trop élevée peut entraîner une macrosomie, c'est-à-dire une croissance excessive, liée à un apport accru de glucose qui stimule la production d'insuline fœtale. La macrosomie peut également compliquer le déroulement de la naissance, avec un risque accru de traumatismes obstétricaux ou de détresse à la naissance.

Après la naissance, le bébé peut présenter une hypoglycémie néonatale, car il se retrouve soudainement privé de l'excès de glucose maternel alors que son organisme continue de produire beaucoup d'insuline.

Enfin, l'exposition à un environnement glycémique élevé pendant la vie intra-utérine augmente le risque de diabète de type 2 et d'obésité plus tard chez l'enfant⁷.

Une prise en charge précoce et adaptée du diabète gestationnel permet de réduire significativement l'ensemble de ces risques, pour la mère comme pour le bébé⁸.

4 — Règles hygiéno-diététiques : la base de la prise en charge

L'un des objectifs principaux de la prise en charge nutritionnelle du diabète gestationnel est de stabiliser la glycémie et d'éviter les pics glycémiques, car ce sont principalement les hyperglycémies postprandiales (après manger) qui sont associées aux complications chez la maman et le bébé.

L'alimentation doit en parallèle couvrir l'ensemble des besoins nutritionnels de la grossesse, tant pour la mère que pour le bébé.

QUELQUES RÈGLES ALIMENTAIRES :

☐ Les **GLUCIDES** ne doivent en aucun cas être supprimés, car ils sont indispensables au développement du fœtus et au bon fonctionnement de l'organisme maternel. Ils sont apportés par des aliments comme le pain, le riz, les pâtes, les pommes de terre, les légumineuses ou les céréales. Ils doivent en revanche être répartis de façon harmonieuse sur la journée et consommés au sein de repas structurés, afin d'éviter les variations brutales de la glycémie.

☐ L'impact des glucides sur la glycémie dépend fortement des aliments qui les accompagnent. L'association avec des **PROTÉINES**, comme les œufs, le poisson, la viande, le fromage, les yaourts ou les légumineuses, permet de ralentir la digestion et de prolonger la sensation de satiété.

☐ La présence de **FIBRES**, apportées notamment par les légumes, les fruits entiers, les légumineuses et les céréales complètes, contribue également à freiner l'absorption du glucose et à limiter les pics glycémiques.

☐ Les **MATIÈRES GRASSES**, telles que l'huile d'olive, l'huile de colza, les oléagineux, l'avocat ou le beurre en quantité adaptée, participent elles aussi à une élévation plus progressive de la glycémie.

Ainsi, l'équilibre global du repas, fondé sur l'association des glucides avec des protéines, des fibres et des matières grasses, est plus déterminant pour la glycémie que le choix d'un aliment pris isolément (8).

AU-DELÀ DE LA COMPOSITION DE L'ASSIETTE :

+ Le rythme et le contexte des repas jouent un rôle important dans l'équilibre glycémique. Des repas pris à heures régulières permettent de limiter les variations de la glycémie et d'éviter les périodes de jeûne trop prolongées.

+ La répartition des prises alimentaires sur la journée, avec si besoin une ou deux collations, contribue à éviter les pics glycémiques liés à des repas trop copieux ou pris après une longue période sans manger.

+ L'activité physique adaptée, même modérée, fait partie intégrante des mesures hygiéno-diététiques. Une marche de **10 à 20 minutes après un repas** peut améliorer la sensibilité à l'insuline et favoriser une meilleure utilisation du glucose par les muscles.

+ La qualité du sommeil et la gestion du stress ont également un impact sur la glycémie. Le manque de sommeil et le stress chronique peuvent majorer l'insulino-résistance et compliquer l'équilibre glycémique.

5 — Exemple de collations

- ☑ Une tranche de pain complet
avec du fromage
- ☑ Un yaourt nature avec une
poignée d'oléagineux
- ☑ Un fruit associé à un œuf dur
- ☑ Une tartine de pain avec
purée d'amandes
ou de cacahuètes.

*Un fruit consommé seul
entraîne une montée rapide
de la glycémie.*

Associé à des protéines et des lipides,
l'élévation est plus progressive

6 — Pourquoi agir tôt dans la grossesse ?

Les adaptations métaboliques commencent dès le premier trimestre. Une prise en charge précoce permet de favoriser une croissance fœtale plus harmonieuse, de réduire les complications maternelles et néonatales et, dans de nombreux cas, d'éviter le recours à un traitement médicamenteux. L'alimentation est donc un outil thérapeutique central, d'autant plus efficace lorsqu'elle est mise en place tôt⁸.

Sources :

1 : <https://smj.org.sa/content/36/4/399> - 2 : <https://diabetesjournals.org/care/article/34/7/1660/38632/Patterns-of-Glycemia-in-Normal-Pregnancy-Should-the>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9315786/> - 3 : <https://diabetesjournals.org/care/article/37/11/2953/28947/An-Early-Pregnancy-HbA1c-5-9-41-mmol-mol-ls>
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0707943> - 4 : <https://diabetesjournals.org/care/article/25/10/1862/25644/Gestational-Diabetes-and-the-Incidence-of-Type-2> - 5 : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609607315> - 6 : https://diabetesjournals.org/care/article/31/Supplement_1/S61/24525/Nutrition-Recommendations-and-Interventions-for