

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	100 (2002)
Heft:	6
Artikel:	Le diabète gestationnel
Autor:	Finger-Petrequin, Christine
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-951462

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Les études sont unanimes à ce sujet: les enfants qui reçoivent du lait pour nourrisson à base de lait de vache avant l'âge de 2 mois, ont deux fois plus de risque de devenir diabétiques que les enfants allaités.



L'allaitement exclusif au sein réduit le risque de développer un diabète insulino-dépendant, résultant de la destruction des cellules pancréatiques.

En effet, une partie de la sérumalbumine bovine est responsable de la destruction des cellules pancréatiques, et à mesure que les cellules pancréatiques sont détruites, le taux d'anticorps diminue. Par conséquent le fait d'éviter tôt dans la vie le contact avec les protéines du lait de vache prévient le développement de la maladie.¹

En règle générale, la part de l'allaitement dans la prévention des maladies est énorme. Une étude a été faite en ex-Yougoslavie, où seuls 30% des nourrissons sont partiellement allaités à 4 mois. Si ce taux augmentait à 70%, 449 millions de dollars seraient économisés par la prévention de 99 000 infections respiratoires, 33 000 otites, 123 cas de diabète, 84 cas de cancer du jeune enfant et 152 cas de cancer ovarien chaque année. Ce n'est pas une paille!

Mais qui le sait? A l'heure où le diabète prend de la vitesse dans nos pays industrialisés, il serait pourtant bon de le rappeler aux jeunes mères... et aux politiques! Car comment allaiter son enfant si l'on doit retourner travailler huit semaines après l'accouchement, faute d'assurance perte de gain adéquate? Comment continuer à allaiter, même partiellement, son enfant, si votre employeur vous fait comprendre que prendre une demi-heure pour tirer votre lait à midi dérange vos collègues et menace l'organisation du travail...

Il serait temps que les mentalités changent enfin. C'est une question de santé publique!

Fabiène Gogniat Loos

¹ The New England Journal of Medicine 1992; 327: 302-307; Le Quotidien du Médecin 1994; 5518: 14, 21 nov, et 1995; suppl no 5690: 11, 15 sept; Pediatrics 1994; vol 94 no 5: 752-754.

Mise au point

Le diabète

Le diabète est en nette augmentation dans le monde depuis une vingtaine d'années. Largement associé à l'obésité, reconnue comme une épidémie en progression alarmante, il méritait qu'on s'y intéresse de plus près. Avec, pour nous sages-femmes, une approche plus centrée sur le diabète de la grossesse, le diabète gestationnel.

Christine Finger-Pettréquin

LE diabète est la maladie métabolique la plus fréquente. Elle atteint 5 à 7% de la population mondiale et le nombre de cas est en constante augmentation. La Suisse compte env. 250 000 diabétiques: 90% présentent un diabète de type 2, 10% de type 1.

Pour rappel, le diabète de type 1 est le plus souvent diagnostiqué chez l'enfant ou le jeune adulte. Il s'agit d'une destruction auto-immune des îlots de Langerhans et dont le traitement est la substitution insulinique équilibrée avec les apports énergétiques.

Le diabète de type 2 apparaît plus tardivement (vers 45-60 ans) et il est fortement lié à un excès de poids, ainsi qu'au mode de vie sédentaire de plus en plus courant dans nos pays occidentaux. 80% des personnes ayant un diabète de type 2 présentent également une surcharge pondérale, voire une obésité! Ce diabète, qui s'installe progressivement, induit une diminution de la résistance à l'insuline et une diminution de la production de celle-ci. Le traitement comprend donc tout d'abord un régime alimentaire, la reprise d'une activité physique et si nécessaire la prise d'anti-diabétiques oraux.

Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est une pathologie se définissant par une intolérance aux hydrates de carbone survenant ou étant diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse, la possibilité d'un diabète pré-existant méconnu n'étant pas exclue. Il touche 2 à 15% des grossesses et les facteurs de risques les plus connus sont l'origine ethnique, l'âge maternel, l'obésité, ainsi que la multiparité, les antécédents familiaux de diabète, antécédents de macrosomie ou de malformation fœtale. Un diabète gestationnel mal contrôlé met en danger la santé maternelle et fœtale et de nombreuses complications lui sont associées: pré-éclampsie, polyhydramnios, macrosomie fœtale, accouchements instrumentés et déchirures périnéales, césarienne, développement ultérieur d'un diabète type 2 (dans 20 à 50% des cas).

Et chez le nouveau-né: atteintes physiques néonatales dues à une dystocie des épaules, complications métaboliques néonatales (hypoglycémie, hypocalcémie, hyperbilirubinémie, polyglobulie), mortalité périnatale augmentée.

Normes communément admises:

A jeûn 3.9-5.6 mmol/l (70-100 mg/dl)

2 heures post prandial < 7.8 mmol/l (140 mg/dl)

dosage urinaire 0.8-1.1 mmol/l (15-20 mg/dl)

HbA1c < 6.5% de l'Hb totale

L'hémoglobine glycosylée (HbA1c) reflète la glycémie des 4 à 8 dernières semaines.

gestationnel



Entre 2 et 15 % des femmes enceintes souffrent de diabète gestationnel. Mais la plupart d'entre elles peuvent être traitées sans insuline, grâce à un équilibrage de leur alimentation.

Dépistage

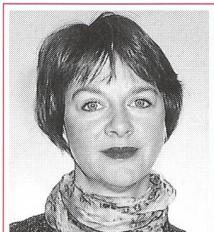
L'importance d'un dépistage du diabète gestationnel n'est pas à démontrer et de très nombreuses études ont été menées de par le monde. Les divergences méthodologiques n'ont hélas pas permis d'établir un consensus quant à une méthode diagnostique préférentielle ni quant aux valeurs glycémiques permettant la pose du diagnostic. Il existe à l'heure actuelle une polémique sur la nécessité d'un dépistage systématique (*voir encadré*).

Toutefois le dépistage systématique par le test de O'Sullivan semble être largement pratiqué.

Ce test se fait entre la 24^e et la 28^e semaine, et s'il s'avère positif (glycémie > 7,8) une hyperglycémie provoquée (HGPO) sera alors effectuée.

L'HGPO comporte une première glycémie à jeun suivie de trois autres 1h, 2h et 3h après l'administration de 100 g de glucose. La perturbation de deux de ces valeurs permet de poser le diagnostic de diabète gestationnel.

Bien que le suivi des patientes soit quelque peu différent d'un hôpital à



Infirmière diplômée depuis 1989 et sage-femme depuis 1996,

Christine Finger-Petrequin

travaille à la maternité de Pourtalès (Neuchâtel) en division post-partum. Elle est également présidente de la Commission de rédaction de «Sage-femme suisse».

l'autre, celui proposé par la maternité de Genève semble assez représentatif de ce qui se fait en Suisse romande (*voir graphique*).

La prise en charge d'une patiente présentant un diabète gestationnel passe tout d'abord par un travail d'équipe.

Cette équipe pluridisciplinaire est constituée du gynécologue, de la sage-femme, d'un médecin diabétologue ainsi que d'une infirmière en diabétologie et d'une diététicienne. Le contrôle des glycémies sera enseigné à la patiente (tenue d'un carnet) de même que la glucosurie et l'acétoneurie. Un entretien avec la diététicienne permettra de mettre en place quelques règles alimentaires afin d'arriver si possible à obtenir un équilibre par régime uniquement.

Si cela ne suffit pas, un traitement par insuline sera alors nécessaire.¹ Durant cette première phase, la patiente sera vue très régulièrement.

Surveillance obstétricale renforcée

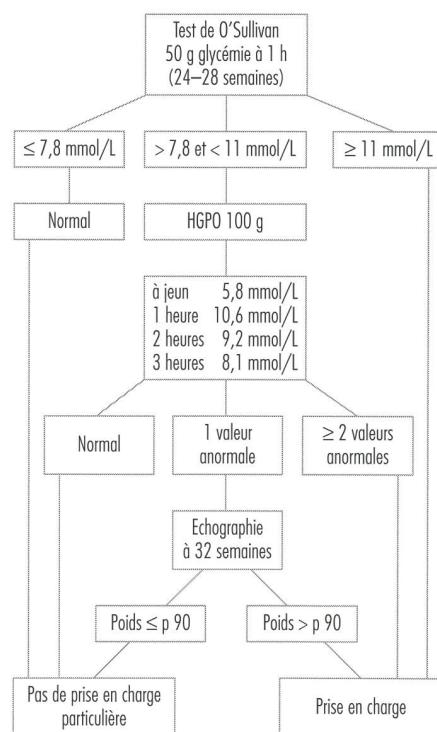
La surveillance obstétricale sera elle aussi très fréquente au début afin de déceler rapidement d'éventuelles complications (macrosomie, HTA,

hydramnios, souffrance fœtale). Elle s'espacera en fonction de l'évolution du diabète.

Une estimation du poids fœtal est pratiquée à 32 et 36 SA.

Diabète gestationnel (DG) équilibré par régime uniquement:

- suivi semblable à une grossesse normale
- CTG à terme
- pas d'indication à provoquer l'accouchement



¹ A Genève, on envisage le traitement à l'insuline si la glycémie est:

- à jeun ≥ 5,5 mmol
- 1 heure post-prandial: ≥ 7,8 mmol
- 2 heures post-prandial ≥ 6,7 mmol

Nouvelles stratégies de dépistage

Une controverse a récemment surgi, dans les pays anglo-saxons, sur le dépistage du diabète gestationnel. Faut-il proposer systématiquement, à toutes les femmes enceintes, un dépistage? Ou faut-il au contraire réserver ce test aux femmes de plus de 30 ans et aux femmes plus jeunes qui présentent des facteurs de risque (indice de masse corporelle et race)?

Un article² a récemment évalué une stratégie de dépistage reposant sur la sélection des femmes à risque et l'utilisation sélective du test de provocation avec 50 g PO de glucose. Le principal avantage, c'est qu'on évite ainsi à une femme sur 3 le test de dépistage sanguin, sans perte de sensibilité. De plus, cela permet de diminuer le nombre de résultats faussement positifs.

Cette étude a été faite à Toronto sur un vaste échantillon de femmes (3131). Les participantes ont été réparties au hasard en deux groupes de taille similaire. Le premier groupe a été utilisé pour élaborer la stratégie de dépistage et le deuxième groupe a permis de valider cette stratégie.

Toutes les participantes ont subi un test de provocation avec 50 g de glucose PO à la 26^e semaine (± 1 semaine) ainsi qu'un test diagnostique avec 100 g de glucose PO à la 28^e semaine (± 1 semaine). En conformité avec les critères canadiens, le diabète gestationnel a été diagnostiqué si le test de 3 h avec 100 g de glucose PO montrait que deux glycémies plasmatiques ou plus étaient égales ou supérieures à: 5,8 mmol/L (à jeun); 10,5 mmol/L (1 h); 9,2 mmol/L (2 h); 8,0 mmol/L (3 h).

Une analyse multivariée a permis d'identifier trois facteurs prédisant de façon indépendante l'intolérance au glucose, à savoir l'âge, l'indice de masse corporelle et la race. Le score de risque clinique a été établi à l'aide

d'une régression logistique (*voir plus bas*).

La nouvelle stratégie prévoyait que les femmes à faible risque (score égal à 0 ou 1) ne subissent pas de test de dépistage. Les femmes ayant un niveau de risque intermédiaire (score égal à 2 ou 3) devaient passer un test de provocation post 50 g de glucose PO qui serait interprété avec le seuil usuel ($\geq 7,8$ mmol/L). Chez les femmes à risque élevé (score clinique supérieur à 3), on abaisserait le seuil d'interprétation du test de provocation avec 50 g de glucose PO (7,1 ou 7,2 mmol/L).

La nouvelle stratégie permet à 34,6 % des femmes d'éviter le test de provocation avec 50 g de glucose PO. La sensibilité du dépistage sélectif selon le score est comparable (81,2 % à 82,6 % selon le seuil de positivité retenu) à celle obtenue par le dépistage universel (78,3 %).

La spécificité a été améliorée de façon significative et le nombre de faux positifs est passé de 17,9 % (dépistage universel) à 16 % ou 15,4 % pour des seuils de respectivement 7,1 et de 7,2 mmol/L, chez les femmes ayant un score clinique supérieur à 3.

On peut donc en conclure que l'évaluation des facteurs de risque clinique permet d'améliorer l'efficience du dépistage du diabète gestationnel, tout en réduisant les coûts (moins de femmes systématiquement testées). Mais la question de fond demeure: le dépistage permet-il vraiment de diminuer la mortalité et la morbidité périnatales? Les essais cliniques randomisés sur le régime diététique et l'insulinothérapie n'ont semble-t-il pas montré d'effets cliniques déterminants, tant chez la mère que chez l'enfant. Réflexion à poursuivre, donc! (fgl)

² Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D: Selective screening for gestational diabetes mellitus in N. Engl. J. Med., november 1997; 337(22), 1591-6.

Score clinique évaluant le risque de diabète gestationnel

Âge	≥ 30 ans	0	31-34 ans	1	≤ 35 ans	2
<i>Indice de masse corporelle (= poids en kg/(taille en mètre)²)</i>						
≥ 22	0		22,1-25	1	$\leq 25,1$	2
<i>Race:</i>	blanche	0	asiatique	5	autre	2

Score des facteurs de risque:

< 2 = faible risque; 2-3 = risque intermédiaire; > 3 = risque élevé

DG traité par insuline

et bien équilibré:

- CTG hebdomadaire dès 36 SA
- provocation à 40 SA

DG mal équilibré:

- suivi adapté de cas en cas
- provocation à 38 SA voire plus tôt si nécessaire
- césarienne élective discutée si poids fœtal > 4500 g

Durant l'accouchement et lors de traitement par insuline:

- patiente à jeun
- contrôles glycémiques aux 2 heures
- perfusion de glucose 5% et perfusion d'insuline, débits adaptés selon les glycémies
- prise en charge du nouveau-né par le service de néonatalogie

En post-partum, la glycémie se régularise d'elle-même et les injections d'insuline ne sont plus nécessaires. Une HGPO avec 75 g de glucose est recommandée après l'arrêt de l'allaitement et au retour de couches étant donné le risque accru d'un diabète de type 2 à plus ou moins long terme. De même quelques règles d'hygiène de vie seront conseillées afin de prévenir son apparition. Il s'agit bien sûr de prévenir une surcharge pondérale et de maintenir une activité physique régulière.

Dans ce domaine forcément très médicalisé, les sages-femmes doivent encore trouver leur place. Pourquoi pas dans l'accompagnement spécifique des femmes souffrant de diabète gestationnel et de diabète de type 1 ou 2, comme l'a fait une sage-femme anglaise dont vous pourrez lire le témoignage à la page suivante?

Dans ce domaine, tout reste encore à inventer et la sage-femme à une place à prendre. ▶

Références

- M. Boulvain; N. Fournet; M. Golay-Petersen; V. Ibecheole et J. Philippe: «Diagnostic et prise en charge du diabète gestationnel à la maternité de Genève» in Médecine & Hygiène, no 2259, juin 1999.

Sites internet utiles:

- http://www.mediservice.ch/fr_home/health/diseases/21120.html
- http://www.precon.ch/is/f/art_epi.html
- <http://www.amarly.ch/>
- <http://www.healthweb.org/browse.cfm?subjectid=36>