

Ce document s'adresse aux femmes avec un diabète préexistant (type 1, type 2, MODY) mais aussi aux femmes qui découvrent un diabète gestationnel.



Pour en savoir plus sur le diabète gestationnel, RDV sur la fiche

[Le diabète gestationnel](#)

www.femmesdiabetiques.com/grossesse/dg.pdf

POURQUOI PROGRAMMER MA GROSSESSE ?

Avant même que l'on découvre que l'on est enceinte (environ 3 semaines après la conception), un diabète mal équilibré et une grossesse non encadrée peuvent exposer le fœtus et la future maman à des risques.

Il est donc important de maîtriser ma contraception jusqu'à la conception et d'équilibrer mon diabète avant la fécondation !

MON ENFANT SERA-T-IL DIABÉTIQUE ?

Pour le diabète de type 1 : le risque de transmission est de **2 à 3%** si la maman est diabétique, **30%** si les deux parents le sont. Les enfants ont plus de risques de développer un diabète de type 2 plus tard.

Pour le diabète de type 2 : la part d'hérédité est de **30 à 40%**, d'autant plus quand c'est la maman qui est porteuse du diabète. Mais bonne nouvelle : en donnant de bonnes habitudes hygiéno-diététiques à nos enfants dès le plus jeune âge, on leur donne les armes pour retarder l'apparition de la maladie !

J'avais une peur bleue de transmettre le diabète. Les femmes de l'association m'ont aidée à relativiser en réalisant que la vie était un risque en soi, et que je serais la mieux placée pour aider si mon futur enfant devait déclarer un diabète à un moment ou un autre de sa vie. *Fabienne*

COMMENT PREPARER MA GROSSESSE ?

Je parle de mon désir de maternité à mon diabétologue afin d'effectuer tous les bilans nécessaires pour vérifier mon état de santé.

J'obtiens une hémoglobine glyquée (HbA1c) **entre 6 et 6,5%**.

Les **objectifs glycémiques de la grossesse** sont **< 0,95 g/l avant repas** et **< 1,20 g/l en postprandial** (2h après le début du repas).

Cet équilibre peut être atteint et je serai aidée.

De nombreuses solutions sont possibles :

- Optimiser le traitement (insulinothérapie, activité physique, adaptations alimentaires...)
- Intensifier la fréquence des contrôles glycémiques (6 à 7 /jour ou capteur)
- Apprendre à adapter les doses d'insuline de façon réactive et refaire le point sur les connaissances
- Perdre du poids en cas de surcharge pondérale...

Il est préférable de choisir des professionnels de santé (au minimum un diabétologue et un gynécologue) qui connaissent bien la grossesse diabétique et échangent régulièrement entre eux et avec moi.

Le diabète n'influe pas sur la fertilité.

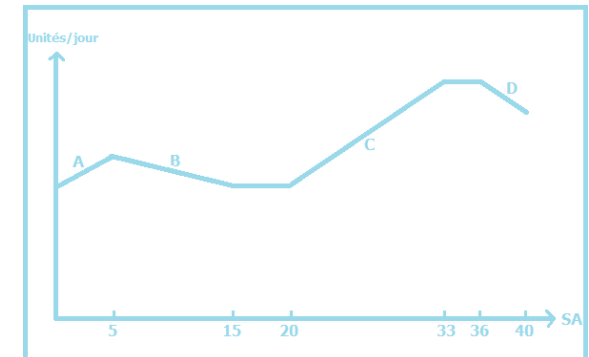
Les fausses couches lors du premier trimestre surviennent chez une femme sur cinq, **ce chiffre n'est pas augmenté avec un diabète équilibré !**

J'ai accepté d'essayer la pompe à insuline pour mettre toutes les chances de mon côté pour un futur bébé. Je n'ai pas regretté car elle m'a beaucoup aidée à ajuster les doses d'insuline tout au long de mes grossesses. *Delphine*

QUE VA-T-IL SE PASSER PENDANT MA GROSSESSE ?

Pendant la grossesse, chez toutes les femmes, les besoins en insuline évoluent fréquemment en fonction de plusieurs facteurs (hormones, insulino-résistance...).

Variations théoriques des besoins en insuline chez la femme diabétique de type1



- A. Phénomène de l'aube régulier (femme ignorant qu'elle est enceinte)
- B. Période d'hypoglycémies nocturnes
- C. Augmentation des besoins en insuline due aux hormones placentaires
- D. Possibilité d'hypoglycémies sévères qui peuvent mener à une indication de déclenchement à 38 SA (Semaines d'Aménorrhée)

Pour moi, les communications avec le diabétologue seront rapprochées (rendez-vous plus fréquents, télé-suivi peut-être, davantage de disponibilité...).

Le suivi obstétrical et échographique sera également intensifié, pour s'assurer de la croissance harmonieuse du bébé et prévenir d'éventuelles complications (excès de liquide amniotique, pré-éclampsie ...).

Au dernier trimestre, il est probable que je bénéficierai d'une surveillance avec enregistrement du rythme cardiaque fœtal (monitoring) régulier.

COMMENT GÉRER AU MIEUX MON DIABÈTE PENDANT MA GROSSESSE ?

Pour atteindre les objectifs glycémiques et réduire les variations importantes, je vais **intensifier la surveillance glycémique** (au moins 6 fois par jour) et **être réactive en fonction des résultats**.

Je me ferai aider par plusieurs professionnels (diabétologue, diététicien, sage-femme, éducateur physique, sophrologue, psychologue, acupuncteur...) qui pourront m'épauler dans différents domaines :

- Adapter mon traitement (insulinothérapie...)
- Adapter mon alimentation (index glycémique bas, alimentation riche en fibres, fractionnement...)
- Adapter mon activité physique
- Réguler mon stress

Il y a une période vers 24 SA où je courais tous les jours après la bonne adaptation de doses d'insuline, ça a fini par se stabiliser, heureusement que je n'ai pas hésité à augmenter ! *Véronique*

Avec le recul, je me rends compte qu'une grossesse diabétique, même sans complications, est une grossesse particulière tant sur le plan médical que psychologique. Le soutien d'autres mamans qui seules peuvent comprendre vos préoccupations a été primordial pour moi et cela m'a aidée, avec mes proches, à surmonter tout ça. *Judith*

Le soutien d'autres femmes avec l'Association Française des Femmes Diabétiques est un bon complément pour être rassurée et encouragée au quotidien !

www.femmesdiabetiques.com/forum

COMMENT VA SE DÉROULER MON ACCOUCHEMENT ?

Il devrait être sans particularité en cas de **diabète gestationnel bien équilibré**.

Dans les autres cas, un déclenchement sera probablement proposé autour de 39 semaines d'aménorrhée, pour limiter le risque de macrosomie (bébé de poids supérieur à 4kg) et de moindre bien-être fœtal et de difficultés d'accouchement.

Voie basse ou césarienne ?

Je peux préparer mon corps au déclenchement avec des méthodes douces (acupuncture, homéopathie, phytothérapie). La césarienne est envisagée pour macrosomie, présentation en siège, bassin étroit, ou en cas d'échec du déclenchement par voie basse.

Pendant tout le travail, il est recommandé de conserver une glycémie autour de 1g/l, ce que permet une perfusion d'insuline (en intraveineuse ou via une pompe à insuline) et une perfusion de glucose.

La glycémie est contrôlée toutes les heures.

L'accompagnant et la future maman peuvent collaborer avec l'équipe soignante pour la surveillance du diabète !

J'ai vécu un accouchement déclenché et un accouchement naturel, je recommande tous les "remèdes de grand-mère" pour favoriser une arrivée spontanée du bébé, c'est moins fatigant ! *Samia*

ET QUAND MON BÉBÉ SERA LÀ

Pour en savoir plus, RDV sur les fiches :

Juste après la naissance



www.femmesdiabetiques.com/grossesse/naissance.pdf

Etre maman et diabétique

www.femmesdiabetiques.com/grossesse/maman.pdf

DIABETE : BIEN VIVRE MA GROSSESSE

De la préparation à la naissance

DIABETE T1 & T2

Grossesse programmée = bébé protégé

DIABETE GESTATIONNEL

Apprivoiser une maladie et la maîtriser



Ce document informe des particularités de la grossesse avec un diabète et donne des outils pour bien vivre ce moment clé dans la vie d'une femme !

Vous pouvez découvrir une version plus complète et des témoignages ici : <https://lc.cx/JmQ2>



L'AFFD, née en 2007, est une association de patientes qui s'adresse aux femmes atteintes de diabète et à leur entourage personnel et professionnel pour informer et échanger sur le diabète, la vie quotidienne, la grossesse. www.femmesdiabetiques.com

contact@femmesdiabetiques.com / 06.30.99.00.70

