

LE DIABÈTE GESTATIONNEL



Point sur

Points clés sur le diabète
gestationnel p03-p04
Points clés de la prise en charge p06-p07

En savoir +

L'alimentation au centre
de la prise en charge p08-p09

Partage d'expérience

Conseils au comptoir p10-p14

Point sur :

- Le diabète gestationnel en France : des chiffres en augmentation** Page 03
- Dépistage du diabète gestationnel** Page 04
- Risques de complications pour la santé de la mère et de l'enfant** Page 05
- Points clés de la prise en charge du diabète gestationnel** Pages 06 - 07

En savoir + :

- L'alimentation au centre de la prise en charge** Pages 08 - 09

Partage d'expérience :

- Les conseils au comptoir du pharmacien d'officine** Pages 10 - 11
- En pratique, que conseiller sur l'alimentation à une femme enceinte ayant un diabète gestationnel ?** Pages 12 - 14

Pour aller plus loin :

- Outils et référentiels** Page 15



Point sur

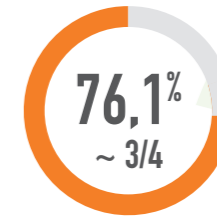
Le diabète gestationnel en France : des chiffres en augmentation



Depuis une vingtaine d'années, l'augmentation de la prévalence du diabète gestationnel (DG) est corrélée à l'augmentation des facteurs de risque maternels (âge et surpoids/obésité) et au dépistage très fréquemment réalisé suite à l'abaissement des seuils de diagnostic du DG¹.

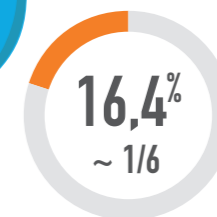


EN 2021



de femmes enceintes ont réalisé un dépistage pour le DG¹.

EN 2021



des femmes enceintes ont eu un DG durant leur(s) grossesse(s) vs 10,8% en 2016¹.

Définition selon l'OMS :



Le DG se caractérise par la survenue, au cours de la grossesse, d'une hyperglycémie au-dessus des valeurs normales, mais en dessous de celles conduisant à poser le diagnostic de diabète (glycémie à jeun entre 0,92 g/L et 1,26 g/L)².

La présence d'au moins un de ces facteurs de risque est une indication pour initier un dépistage du diabète gestationnel en début de grossesse³:



Âge ≥ 35 ans



Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m²



Antécédent familial de diabète de type 2 (DT2) au 1^{er} degré



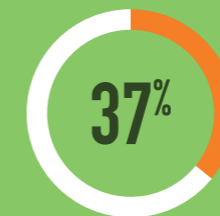
Antécédent personnel de DG



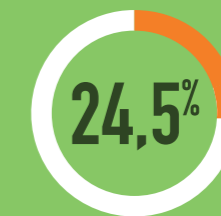
Antécédent de macrosomie (poids de naissance ≥ 4 kg)



Le saviez-vous ?



des femmes, en France, sont en situation de surpoids ou d'obésité¹.



des femmes enceintes ont 35 ans ou plus à l'accouchement¹.

Dépistage du diabète gestationnel



QUAND ET COMMENT DÉPISTER LE DIABÈTE GESTATIONNEL ?

Le dépistage doit être réalisé en **présence d'au moins un facteur de risque**. Il permet de détecter un DG ou un DT2 méconnu³.



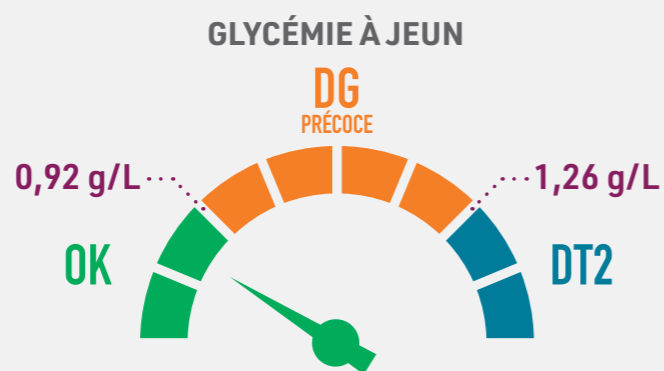
En collaboration

avec Dr Clara Bouché, endocrinologue
Hopital Fondation Adolphe de Rothschild - Paris

Méthode de dépistage recommandée et critères de diagnostic^{3,4}

1^{er} TRIMESTRE

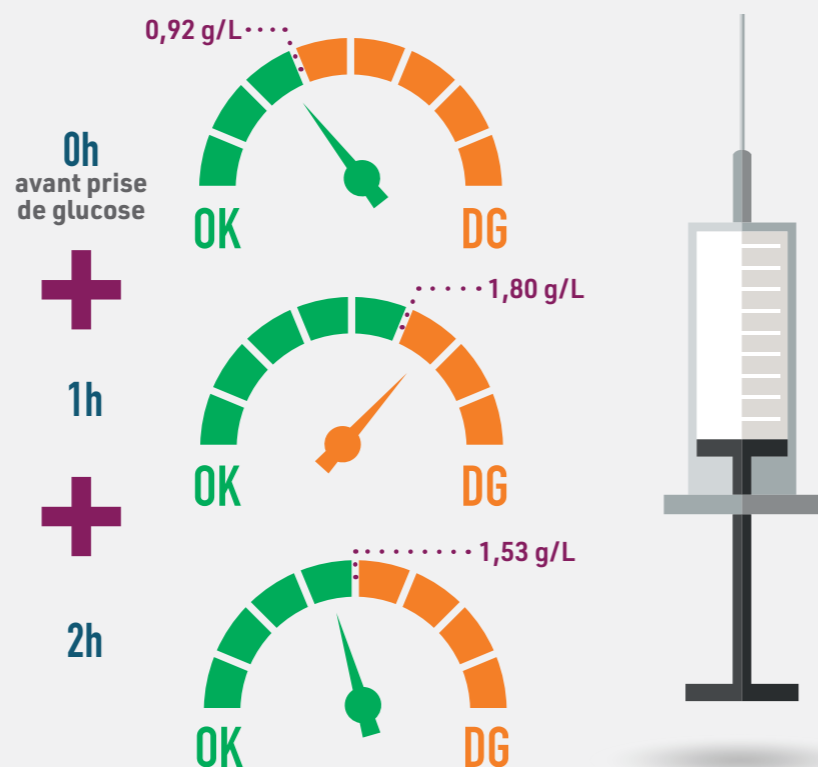
Si présence d'au moins un facteur de risque



ENTRE 24 ET 28 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE (SA)

Si présence d'au moins un facteur de risque

HYPERGLYCÉMIE PROVOQUÉE PAR VOIE ORALE (HGPO) AVEC 75 G DE GLUCOSE



3^e TRIMESTRE

Si macrosomie lors de l'échographie

Un DG est confirmé si au moins l'une des 3 valeurs de glycémie est supérieure au seuil.

Risques de complications pour la santé de la mère et de l'enfant



L'objectif de la prise en charge du DG est de diminuer les risques de complications pour la mère et pour l'enfant. **Les complications les plus fréquemment associées au DG sont l'hypertension artérielle gravidique et la macrosomie^{3,4}.**

	À QUEL MOMENT ?	QUELLES COMPLICATIONS ?
MÈRE 	durant la grossesse ou l'accouchement	hypertension artérielle gravidique, césarienne, traumatisme périnéal, prééclampsie, répercussion psychologique
	à long terme	DT2 (risque persistant pendant au moins 25 ans), syndrome métabolique, pathologies cardiovasculaires, récurrence de DG pour les prochaines grossesses
FŒTUS/ENFANT 	durant la grossesse ou à la naissance	macrosomie, mortalité, hypoglycémie, prématurité
	à long terme	surpoids, obésité, DT2, allergies (dermatite atopique, troubles respiratoires)

Le saviez-vous ?

9,5%

des femmes enceintes ont un accouchement déclenché à cause d'un DG ou préexistant¹.



Points clés de la prise en charge du diabète gestationnel

Point sur



1 La prise en charge du DG est pluridisciplinaire (infirmier(e), diététicien(ne), gynécologue, sage-femme, diabétologue).

Les femmes enceintes sont suivies par un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme. À l'annonce du DG, elles sont adressées à un service de diabétologie ou à un diabétologue libéral pour le suivi de cette pathologie. Les fréquences de consultations sont déterminées en fonction des patientes. **Ainsi, il n'existe pas de parcours de soins «type»^{5,6}.**

2 La prise en charge du DG passe par des modifications thérapeutiques du mode de vie.

Une **alimentation saine et équilibrée** accompagnée d'une **activité physique** sont recommandées⁶ :

- Activité physique régulière : effectuer au minimum 3 séances hebdomadaires de 45 à 60 minutes de marche ou de natation par exemple (en l'absence de contre-indication obstétricale)
- 3 repas/jour, fractionnés en 3 à 6 prises par jour selon les habitudes alimentaires et les glycémies obtenues (voir la partie nutrition pages 8 et 9).

3 Si les glycémies dépassent les objectifs après 10 jours de modifications thérapeutiques du mode de vie, une insulinothérapie est alors instaurée⁶ :

- si glycémies élevées à jeun le matin → insuline lente (basale) au coucher
- si glycémies élevées au cours des repas → insuline rapide (prandiale)
 - ▶ Les besoins seront ensuite adaptés tout au long de la grossesse en fonction des valeurs glycémiques, autosurveillées (par ASG).

Le suivi des glycémies comprend⁶ :

- **L'ASG 4 à 6 fois par jour** (à jeun, pré-prandiale et 2 heures post-prandiale). Un capteur de glucose interstitiel peut aussi être proposé aux patientes (en étant remboursé sous certaines conditions).
- **la télésurveillance des glycémies** (en consultation ou par des applications de suivi agréées qui permettent aux professionnels de santé de suivre les glycémies à distance). On peut aussi noter les valeurs obtenues sur un carnet.

4 Les lecteurs de glycémie permettent une autosurveillance glycémique (ASG) mise en place dès le diagnostic.

Pour les patients sous insuline ou non, l'ASG est indispensable pour adapter leur alimentation et/ou leurs doses d'insuline. L'ASG doit aussi être poursuivie jusque dans le post-partum immédiat⁴.

à noter

Les différents types d'insulines autorisés pendant la grossesse sont les insulines lentes, intermédiaires et rapides. Les antidiabétiques oraux pendant la grossesse ne sont pas recommandés^{3,7}.

1 PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

2 MODIFICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU MODE DE VIE

3 +/- INSULINOTHÉRAPIE

4 AUTOSURVEILLANCE GLYCÉMIQUE

5 SUIVI POST-PARTUM

Objectifs glycémiques du DG^{5,6} :

- ▶ à jeun ≤ 0,95 g/L
- ▶ 1h après le début du repas ≤ 1,40 g/L
- ▶ 2h après le début du repas ≤ 1,20 g/L



5 Après l'accouchement et à long terme, un suivi particulier doit être réalisé³ :

- surveillance de la normalisation des glycémies post-partum sans traitement
- utilisation d'une contraception adaptée si risque cardiovasculaire
- mesure de la glycémie à jeun en consultation post-natale, en cas de nouvelle grossesse et tous les 1 à 3 ans pendant ≥ 25 ans
- suivi des modifications thérapeutiques du mode de vie
- pratique d'une activité physique régulière de 45 à 60 min, 3 fois / semaine
- adoption d'une alimentation équilibrée
- arrêt du tabac

En savoir +

L'alimentation au centre de la prise en charge



1 FEMME ENCEINTE SUR 7
en situation de surpoids ou d'obésité ou ayant un DG a pu bénéficier d'une consultation en diététique¹

La prise en charge diététique est au centre du traitement du DG.

L'apport calorique doit être déterminé selon l'IMC avant grossesse, la prise de poids gestationnelle, l'activité physique et les habitudes alimentaires afin de proposer à la patiente l'accompagnement et le suivi les plus adaptés^{4,5}.



Les besoins énergétiques^{4,5}

Le DG ne justifie aucune modification des apports nutritionnels par rapport à une grossesse sans DG. Les besoins énergétiques varient en fonction de la patiente mais aussi au cours de la grossesse avec le développement du fœtus.

versus avant grossesse

+ 70 kcal/j
au 1^{er} trimestre

+ 260 kcal/j
au 2^e trimestre

+ 500 kcal/j
au 3^e trimestre

+ 500 kcal/j
pendant l'allaitement



Il est déconseillé de descendre en dessous de 1 600 kcal/jour, quel que soit l'IMC de la mère.

APPORT ÉNERGÉTIQUE TOTAL JOURNALIER⁵



Glucides 50 %
(minimum 160 g/jour) :
≤ 10 % produits sucrés

Protéines 15 %

Lipides 35 %

Un apport glucidique suffisant et réparti au minimum sur 3 prises journalières, permet de couvrir les besoins nutritionnels spécifiques liés à la grossesse et d'aider à l'obtention d'un bon équilibre glycémique. Si un fractionnement du repas est proposé, il ne s'agit pas de prendre une collation supplémentaire ni un grignotage mais de reporter une partie des glucides du repas précédent. L'équilibrage alimentaire passe par la **régulation de la quantité, mais aussi par le choix qualitatif des aliments** (voir tableau des équivalences glucidiques page 14)⁵.

ALIMENT	PORTION	TENEUR GLUCIDIQUE	INDICE GLYCÉMIQUE	CHARGE GLYCÉMIQUE
1 carré de sucre	5 g	5 g	61	3
1 pomme	150 g	20 g	38	8
¼ baguette	60 g	30 g	95	28

■ FAIBLE ■ MODÉRÉ ■ FORT

L'indice glycémique⁵



Le saviez-vous ?

- Indice glycémique (IG) = réponse glycémique donnée par un aliment glucidique par rapport au glucose (IG = 100%). L'IG varie selon la nature du glucide, le mode de cuisson, la transformation industrielle, la présence de certaines fibres ou de lipides... La sensibilité individuelle à l'IG est très variable d'un individu à l'autre.
- Charge glycémique (CG) = (IG x quantité de glucides consommée (g)) / 100.
→ un aliment à fort IG, consommé en petite quantité, aura peu d'impact sur la glycémie et inversement.



Simplifier les informations données à la patiente sans créer de frustration

en lui indiquant que la diminution de l'IG global d'un repas est possible en⁵ :

- associant les aliments glucidiques à des aliments riches en fibres,
 - privilégiant la consommation de préparations « maison » aux préparations industrielles transformées,
 - privilégiant les aliments entiers ou en morceaux plutôt qu'une texture moulinée ou hachée.

En pratique, comment faire⁵ ?

À ÉVITER

Aliments riches en acides gras saturés
(beurre, viandes grasses, pâtisseries, arachide, fast-food...)

Prise d'aliments à IG élevé seuls
(pain blanc, confiture, riz blanc...)

Produits transformés
(flocons de maïs, galettes de riz ou chips...)

Produits sucrés
(pâtisseries, jus de fruits, soda...)

REEMPLACER PAR

Aliments riches en acides gras insaturés
(huile d'olive, colza ou noix, avocat, poissons gras, certains fruits oléagineux non salés)

Privilégier les produits non transformés ou les produits préparés à la maison (flocons d'avoine, pain...)

■ Aliments à IG faible ou modéré (légumineuses, céréales complètes, légumes, fruits entiers...)
■ Si prise d'un aliment à IG élevé : accompagner d'un aliment riche en fibres

Le fruit reste à privilégier en fin de repas, il peut occasionnellement être remplacé par 2 boules de sorbet, un entremet, un laitage sucré...



DES HYPOGLYCÉMIES PEUVENT SURVENIR LORS DE LA MISE SOUS INSULINE NÉCESSITANT DES MESSAGES ÉDUCATIFS ADAPTÉS⁵ :

- Prévenir les hypoglycémies : apport suffisant et régulier en glucides
 - Resucrer avec 15 à 20 g de glucides : 1 petit verre ou 1 brique de jus (15 à 20 cL) ou 3 à 4 morceaux de sucre ou 1 cuillère à soupe de confiture ou de miel
- Pour un resucrage efficace, privilégier les aliments liquides, pauvres en fibres et en lipides plus rapidement assimilés. Les conditionnements individuels peuvent permettre un meilleur contrôle quantitatif.

Les différents types d'insulines autorisés pendant la grossesse sont les insulines lentes, intermédiaires et rapides. Les antidiabétiques oraux pendant la grossesse ne sont pas recommandés^{3,7}.

à noter

Afin de limiter les complications liées au DG (voir page 5), le développement d'un DG lors d'une prochaine grossesse et le risque de DT2, il est recommandé de suivre ces conseils diététiques tout au long de sa vie pour les femmes ayant eu un DG⁵.

Partage d'expérience

Les conseils au comptoir du pharmacien d'officine

Dr Frédéric Legendre,
Pharmacien d'officine,
Honfleur



COMMENT SE DÉROULE L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES AYANT UN DG ?

Le pharmacien est le premier interlocuteur de proximité de ces patientes. Il peut ainsi les informer sur les risques du DG et donc l'importance d'un suivi rigoureux, mais surtout les rassurer. **Cet accompagnement peut concerner différents sujets dont l'éducation thérapeutique des patientes, les règles hygiéno-diététiques, l'utilisation du lecteur de glycémie ou encore les bonnes pratiques pour les injections d'insuline.**

Les règles hygiéno-diététiques

« Il faut manger, c'est important, mais en tout cas il faut essayer de manger mieux et de gérer au mieux ses glycémies pour ne pas glisser vers un DG compliqué »

• Une des premières mesures à mettre en place devant le diagnostic d'un DG consiste à **s'assurer que la patiente bénéficie d'une alimentation équilibrée et adaptée**. Laissez la patiente vous décrire son alimentation actuelle, puis par des conseils bienveillants, orientez-la vers une alimentation plus équilibrée tout en évitant de la juger et de la faire culpabiliser. Le pharmacien doit préconiser à la patiente de bien **prendre 3 repas par jour avec 2 collations si besoin, en évitant les grignotages et en variant l'alimentation**. Il peut aussi conseiller une supplémentation vitaminique quand celle-ci n'est pas déjà prescrite par le médecin. Pour les femmes ayant une insulinothérapie, les conseils alimentaires sont identiques.

• **L'activité physique** (en l'absence de contre-indication) **est une autre mesure permettant de diminuer les glycémies**. Il faut motiver les femmes enceintes à reprendre ou continuer le sport, en association au nouveau régime alimentaire.

Elles peuvent pratiquer la marche à pied, le yoga, le pilates ou d'autres activités douces.

Les lecteurs de glycémies et injections d'insuline

En discuter avec le pharmacien permet de rassurer les patientes. Il est **essentiel de rappeler les explications indispensables pour une utilisation optimale, sécurisée et efficace de ce nouvel outil qu'est le lecteur de glycémie** ainsi que le principe d'un suivi de glycémie (sur leur carnet d'auto-surveillance glycémique ou sur une plateforme de télé-surveillance) et de son importance. Concernant les injections d'insuline, les conseils sont identiques à ceux donnés aux patientes ayant du diabète de type 1 ou 2.

COMMENT BIEN ABORDER LE SUJET AVEC CES PATIENTES ?

À quel moment ?

Il n'est pas obligatoire de prévoir un entretien individuel formel

pour discuter avec la patiente, le pharmacien peut tout simplement avoir une conversation avec elle au comptoir. Toutefois, **il faut attendre que le DG soit diagnostiqué avant d'en discuter avec la patiente afin d'éviter un stress supplémentaire**. Pour certaines patientes, dont les glycémies fluctuent beaucoup, il peut être particulièrement intéressant de suivre leurs glycémies, au tout début du diagnostic, en leur expliquant que même sans DG, les glycémies varient selon les personnes.

Sur quel ton ?

La grossesse est déjà une période un peu stressante/anxiogène, un ton bienveillant et sans jugement est la meilleure solution pour ne pas faire culpabiliser la patiente. **Posez des questions ouvertes ce qui permet de laisser parler la patiente et évitez de faire un interrogatoire.**

QUELLES ACTIONS PEUVENT ÊTRE MISES EN PLACE DANS LA PHARMACIE POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTES ?

La formation

La formation des employés est essentielle pour accompagner

au mieux les patientes. Il est important d'avoir des personnes formées dans chaque domaine (diabétologie, cancérologie, orthopédie...) afin de pouvoir répondre à toutes les questions et même les plus complexes.

« Les patientes apprécient beaucoup de discuter avec des personnes formées sur le DG et viennent nous voir pour cela. »

Le pôle dédié aux femmes enceintes

La pharmacie peut aussi décider **d'installer un pôle pour les femmes enceintes 1 mois dans l'année** afin que les patientes sachent qu'ici on peut les conseiller et les accompagner tout au long de la grossesse.

Les outils à disposition

Le pharmacien peut distribuer des fiches conseils ou des carnets de suivi pour femmes enceintes. Chacune d'entre elles ayant des besoins différents, il est essentiel de discuter avec elle pour les identifier (voir page 15).

À Noter

Les entretiens pharmaceutiques pour femmes enceintes

Des entretiens rapides peuvent être proposés aux femmes enceintes afin de les informer du risque tératogène des médicaments ainsi que de l'importance de la vaccination anti-grippale. Le pharmacien est rémunéré par l'assurance maladie.



Partage d'expérience

En pratique, quels conseils donner à une femme enceinte ayant un DG ?

Mme Hélène Louvet,
Diététicienne-nutritionniste,
Service de diabétologie,
Hôpital Lariboisière, Paris



Une prise en charge pluridisciplinaire

Dès l'annonce du diagnostic de DG, les patientes sont prises en charge par plusieurs acteurs :

- un(e) infirmier(e) expliquant le fonctionnement et l'utilisation du lecteur de glycémie et quand prendre les ASG (à l'hôpital),
- un(e) diabétologue expliquant ce qu'est le DG et les complications liées,
- un(e) diététicien(ne) dont le rôle est d'amener la patiente à adopter une alimentation équilibrée permettant un bon contrôle glycémique.

Cet accompagnement se fait soit en atelier collectif soit en rendez-vous individuels selon le lieu de prise en charge.

LES RECOMMANDATIONS HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

L'alimentation

Au cours de ces consultations, les patientes apprennent à manger équilibré. Pour ce faire, il est **recommandé de contrôler les quantités et la qualité des aliments que l'on met dans son assiette afin d'atteindre les objectifs glycémiques assez stricts du DG** (voir page 7).

En effet, le corps n'assimile pas de la même manière 30 g

de baguette *versus* 30 g de pain complet, ce dernier ayant plus de fibres et un IG plus faible (voir pages 8, 9 et 14). **Il est important de bien répartir les apports journaliers en glucides et lipides** (voir pages 8 et 9) en **3 repas par jour, voire en 6 prises** si les glycémies sont trop élevées malgré une alimentation équilibrée.

« Les glucides c'est comme le carburant, s'il n'y en a pas, la voiture n'avance pas »

En plus d'être le carburant du corps, les glucides sont nécessaires pour une bonne régulation des glycémies. De même pour les acides gras insaturés (lipides), qui améliorent la sensibilité à l'insuline et les glycémies à jeun et post-prandiales.

La répartition des apports en glucides est le seul point différenciant dans l'alimentation d'une femme enceinte ayant un DG ou non.

Le nombre de calories par jour est identique (voir page 8 et 9).

« Rien n'est interdit, il suffit de manger en quantité raisonnable et au bon moment »

À l'annonce de leur diagnostic, les patientes ont souvent des idées reçues sur l'alimentation qui selon elles deviendra très stricte. Cependant, elles peuvent manger de tout, en choisissant le bon moment : **manger des fibres avec des aliments à fort impact glycémique permet de limiter une élévation trop importante de la glycémie**, manger une glace c'est possible mais au moment du repas et non pas de manière isolée. **Il est aussi possible de jouer sur les équivalences alimentaires** : 2 boules de glaces correspondent à 1 pomme et donc 20 g de glucides (voir page 14).

Concernant les boissons, les jus et sodas sont à limiter. Il est préférable de prendre occasionnellement une boisson édulcorée plutôt qu'un soda, toutefois l'eau reste la meilleure option.

Pour aborder ces sujets avec les patientes, il est préférable de partir de leurs idées reçues et de leurs connaissances afin de leur montrer que l'alimentation

lorsqu'on a un DG n'est pas si « horrible ». On peut facilement manger équilibré ou s'en rapprocher en particulier pour les femmes avec un niveau de vie moins favorisé.

Pour les patientes sous insuline, les recommandations alimentaires sont les mêmes.

L'activité physique

Marcher, danser, bouger permet de rester dans les objectifs glycémiques. Lorsque les patientes ont des glycémies élevées, l'association d'une activité physique à une alimentation équilibrée permet de mieux réguler les glycémies.

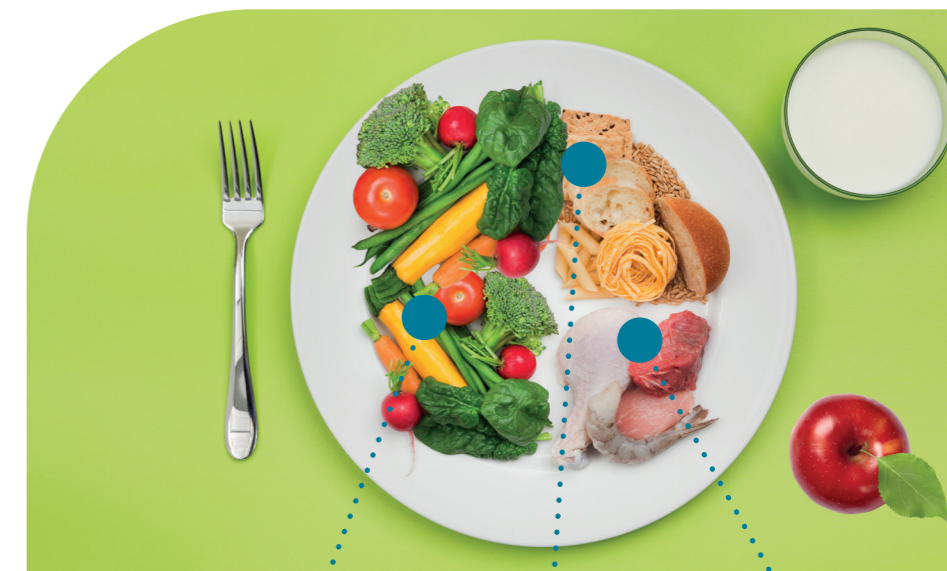
L'ESSENTIEL À RETENIR

- Répartir l'apport journalier en glucides et en lipides (à calculer pour chaque femme selon leur IMC avant grossesse) en **3 voire 6 prises** selon les patientes est primordial afin de réguler leur appétit et leurs glycémies.
- L'apport en glucide des aliments est important à connaître : **on parlera d'équivalence alimentaire et de quantité.**

Généralement, ces patientes n'ont qu'une consultation en diététique, il est important de faire passer

des messages simples, pratiques (avec équivalences et repères visuels) et de s'adapter à leurs habitudes et contraintes.

« Exemple d'une assiette équilibrée »



LÉGUMES ET CRUDITÉS
50%




FÉCULENTS
25%

PROTÉINES
25%

Partage d'expérience de la diététicienne

En pratique, que conseiller sur l'alimentation à une femme enceinte ayant un DG ?

ÉQUIVALENCES GLUCIDIQUES⁵

1 portion de 20 g de glucides	1 portion de 30 g de glucides	1 portion de 30 g de glucides
 <p>4 biscuits secs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 cookies • 1 barre de céréales • 1 CS de confiture / pâte à tartiner • 2 boules de glace ou sorbet • 4 gros carrés de chocolat • 1 crème dessert • 1 yaourt aux fruits ou aromatisé 	 <p>1/4 de baguette (60 g)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 tranches de pain de mie • 5 à 6 biscottes • 3 pains grillés suédois • 1 pain individuel (60g) • 2 à 3 tranches de pain complet, son, etc. (60 g) • 1 viennoiserie (60 g) • 2 pains au lait industriels • 1 cône glacé • 1 tartelette 	 <p>100 g de pâtes, riz, semoule cuits (4 CS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 pommes de terre (150 g) cuites / purée (200 g) • 1 part de lasagne (250 g) • 200 g de légumes secs (8 CS) • 300 g de petits pois • 1 petite patate douce (150 g) • 1/4 de pizza ou tarte salée • 1 burger • 1 petite portion de frites (100 g)


Fruit	1 portion de 20 g de glucides
 <p>1 poire, pomme, orange, nectarine, pêche, ou petite banane</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10 à 15 grains de cerises, raisins, etc. • 2-3 kiwis, clémentines, fruits de la passion • 1/4 de melon, ou d'ananas • 1 barquette de fraises (250 g) • 1 gros bol de fruits rouges


ÉQUIVALENCES LIPIDIQUES⁵

1 portion de 10 g de lipides		
 <p>1 beurre individuel (10 g)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 CS d'huile (olive, colza, noix, mélangé) • 1 CS de crème fraîche 30 % MG • 1 vingtaine d'amandes • 1/2 avocat • 1 dizaine d'olives 	 <p>1 tartelette aux fruits</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 petits beurre • 2 gros carrés de chocolat • 1 CS de pâte à tartiner • 1 croissant (60 g) • 2 boules de crème glacée 	 <p>2 œufs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 pavé de saumon • 30 g de fromage • 1 steak végétal ou animal • 6 à 8 escalopes de volaille • 6 tranches de charcuterie* ou 1 saucisse • 1 cheeseburger • 1/4 de pizza • 100 g de frites

Pas de recommandations spécifiques en protéines si ce n'est privilégier les sources les moins riches en lipides

CS = cuillère à soupe ; MG = matière grasse
* jambon blanc découenné dégraissé, dinde, poulet

 À apport lipidique quantitatif égal, privilégier les aliments riches en acides gras à effet cardioprotecteur

 Fréquence de consommation à limiter en raison de la quantité et la qualité des lipides

Pour aller plus loin

POUR VOUS AIDER À SUIVRE LES PATIENTES AYANT UN DIABÈTE GESTATIONNEL, PLUSIEURS OUTILS SONT DISPONIBLES :



La nutrition :
Recommandations Nutrition et diabète gestationnel de la Société Francophone du Diabète :
www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/reco_nutrition_diabete_gestationnel_2022_v2.pdf



Le site Lilly diabète :
web.mc.lilly.com/diabete-obesite/diabete



Le site Lilly pharmacien :
Des services et outils pour vous ainsi que des conseils pour accompagner vos patientes
fr.lilly.com/pharmacien/

Points clés à retenir

1. La recherche d'une hyperglycémie (à jeun puis par HGPO) permet de dépister le DG (2^e ou 3^e trimestre) mais aussi un DT2 méconnu³.
2. Prise en charge³ :
→ modifications thérapeutiques du mode de vie
→ +/- de l'insuline en fonction de valeurs de glycémies capillaires
3. Complications les plus fréquemment associées au DG : l'hypertension artérielle gravidique et la macrosomie³.
4. Les femmes qui ont eu un DG ont 10 fois plus de risque de faire un DT2, qui donc doit être recherché à long terme³.

La présence d'au moins un de ces facteurs de risque est une indication pour initier un dépistage du diabète gestationnel en début de grossesse³ :



Âge ≥ 35 ans



IMC ≥ 25 kg/m²



Antécédent familial de DT2 au 1^{er} degré



Antécédent personnel de DG



Antécédent de macrosomie (poids de naissance ≥ 4 kg)

RÉFÉRENCES : 1. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. 2. OMS. Diabète <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Consulté le 17/04/23. 3. Deruelle P. Diabète gestationnel. 2021;71:661-8. 4. SFD. Le diabète gestationnel. Médecine des maladies Métaboliques. 2011;5(1S2):1-5. 5. SFD. Nutrition et diabète gestationnel. 2021. 6. Agudelo LM. Diabète gestationnel : nouvelles recos. La revue du praticien. 2022 <https://www.larevuedupraticien.fr/article/diabete-gestationnel-nouvelles-recos>. 7. Recomédicales.fr. Diabète gestationnel (DG). <https://recomedicales.fr/recommandations/diabete-gestationnel/>. Consulté le 17/05/23.

ABRÉVIATIONS : AET : Apport Énergétique Total ; ASG : Autosurveillance Glycémique ; CG : Charge Glycémique ; DG : Diabète Gestationnel ; DT2 : Diabète de Type 2 ; HGPO : Hyperglycémie Provoquée par voie Orale ; IG : Indice Glycémique ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé ; SA : Semaine d'Aménorrhée.



Lilly, découvrir et soigner,
en développant des médicaments
pour une vie meilleure



Retrouvez votre site [lillypharmacien](https://www.fr.lilly.com/pharmacien) avec des services
et des outils pédagogiques pour les pharmaciens et leurs équipes

www.fr.lilly.com/pharmacien

