

Screening-ul și diagnosticul diabetului gestațional

Marcela Vasilievici¹, Daniela Stan²

¹ As. medical principal, Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu", consilier OAMGMAMR, filiala București
² moașă licențiată, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sărbu", București, șef Comisie Națională OAMGMAMR, specialitatea moașe, vicepreședinte OAMGMAMR, filiala București

Correspondență: Marcela Vasilievici
 e-mail: marcela_vasi@yahoo.com

Abstract

Gestational diabetes mellitus (GDM) is defined as carbohydrate intolerance with beginning or screening during pregnancy. GDM occurs among the women with increased risk of type 2 diabetes mellitus, which can cause serious maternal-fetal perinatal complications. The GDM screening is carried out based on the recommendations of IADPSG (International Association for Diabetes in Pregnancy Study Group) and WHO (World Health Organization) recommendations used in current clinical guidelines. In Romania, for pregnant women is carried out an active GDM screening using the recommended ADA screening (American Diabetes Associates) and diagnostic criteria from IADPSG (International Association for Diabetes in Pregnancy Study Group).

Keywords: gestational diabetes mellitus, screening, risk factors

Rezumat

Diabetul gestațional se definește ca intoleranța la carbohidrați apărută sau descoperită în timpul sarcinii. Acesta apare la femeile predispușe să dezvolte diabet zaharat tip II și poate determina complicații grave materno-fetale. Screeningul diabetului gestațional are la bază recomandările IADPSG și prevederile OMS utilizate în protocoale clinice. În România pentru gravide se efectuează screening conform recomandărilor ADA (Asociației Americane de Diabet) și a criteriilor de diagnostic ale IADPSG (Asociației Internaționale de Studiu a Diabetului Gestațional).

Cuvinte-cheie: diabet zaharat gestațional, screening, factori de risc

Definiție și factorii de risc

Diabetul zaharat gestațional (DZG) este definit de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca „intoleranța la carbohidrați rezultând hiperglicemie de severitate variabilă, cu debut sau prima recunoaștere în timpul sarcinii”⁽¹⁾. Deci nu este exclusă posibilitatea ca tulburarea toleranței la glucoză să fi preexistat sarcinii⁽²⁾.

DZG apare de obicei la femeile cu risc crescut pentru diabetul zaharat tip 2 (DZT2), iar semnificația sa este de creștere a riscului de complicații perinatale materno-fetale⁽³⁾.

Factorii de risc și predictorii pentru DZG sunt: istoricul de DZG, vârsta înaintată a mamei, IMC-ul crescut și etnia⁽⁴⁾.

Copiii născuți din mame cu DZG au un risc mai mare de a avea complicații neonatale, cum ar fi: nașterea prematură, distocia umărului sau leziuni la naștere, hiperbilirubinemie, greutate mare la naștere și pot necesita o îngrijire neonatală intensivă. Femeile cu DZG pot prezenta preeclampsie și rate mai mari de operație cezariană^(5,6).

Screening

Încă nu s-a ajuns la un consens global cu privire la care femei ar trebui să se realizeze screening-ul pentru DZG, existând controverse cu privire la realizarea screening-ului universal sau să se facă testarea doar a acelor care prezintă factori de risc.

În Statele Unite, cel mai frecvent utilizată este testarea femeilor cu factori de risc pentru DZG folosind o abordare de 1 sau 2 pași (o soluție de glucoză orală de 50 g indiferent de ultima masă obține glucoză plasmatică la 1 oră mai târziu). Însă cele mai multe țări

folosesc o abordare de 1 pas utilizând un test oral de toleranță la glucoză cu 75 g glucoză (TTGO). Decizia de a utiliza abordarea pasului 1 sau 2 este în funcție de nivelul de risc, disponibilitatea de testare și factorii economici⁽⁷⁾.

Impactul screening-ului este bazat pe Asociația Internațională pentru Diabet din Grupul de Studiu al Sarcinii (IADPSG) versus Organizația Mondială a Sănătății (OMS), acestea având criterii puțin mai mari. Costurile și resursele trebuie luate în considerare atunci când se abordează un anumit tip de screening⁽⁸⁾.

Ghidurile selective de screening s-au dovedit a fi extrem de sensibile, dar scăzute în specificitate, oferind puțin mai mult față de screening-ul universal⁽⁴⁾.

Screening-ul selectiv limitează rezultatele fals- pozitive, iar screening-ul universal a dus la mai multe intervenții terapeutice din cauza sensibilității sale mai mari. Cu toate acestea, s-au găsit acele metode de screening pentru a fi utile femeilor cu factori de risc semnificativi de DZG⁽⁹⁾.

Diagnostic

Ghidurile clinice sugerează automonitorizarea timpurie a glicemiei sau un test oral de toleranță la glucoză la 2 ore, cu 75 g glucoză, la 16-18 săptămâni, pentru a testa dacă femeia a avut diabet gestațional anterior, urmat de un test oral de toleranță la glucoză, la 28 săptămâni, în cazul în care primul test este normal⁽¹⁰⁾.

Există două criterii bazate pe un TTGO la 2 h cu 75 g glucoză care sunt utilizate pentru diagnosticul de diabet gestațional: cele recomandate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), precum și cele recent recomandate de Asociația Internațională pentru Diabet din Grupul de



Studiu al Sarcinii (IADPSG). S-a constatat că criteriile IADPSG și OMS pentru GDM au identificat și femeile cu un risc ușor crescut pentru rezultate nefavorabile sarcinii. Asociațiile de specialitate dau amploare similară ambelor criterii⁽⁸⁾.

În România se utilizează în scop de diagnostic pentru femeile gravide în săptămâna 24-28 a sarcinii screening-ul recomandat de ADA (Asociația de Diabet Americană), iar criteriile pentru diagnosticul de diabet zaharat gestațional sunt cele stabilite de către IADPSG (International Association for Diabetes in Pregnancy Study Group⁽³⁾).

La femeile însărcinate cu risc de DZG este necesar să se facă un depistaj activ al diabetului gestațional astfel⁽¹¹⁾:

■ glicemie à jeun (bazală) în momentul confirmării sarcinii (pentru excluderea unui diabet nedignificat anterior). Dacă valorile la începutul sarcinii sunt normale, se va face screening-ul pentru diabet zaharat gestațional;

■ în săptămânile 24-28 de sarcină se efectuează testul de toleranță orală (TTGO) cu 75 de grame glucoză anhidră și măsurarea valorii glicemice à jeun la 1 oră și la 2 ore. Testul se va efectua dimineața, după un post alimentar nocturn de minimum 8 ore.

Diagnosticul pozitiv se stabilește atunci când unul dintre următoarele criterii (IADPSG) este îndeplinit (oricare din ele)⁽³⁾:

- glicemie à jeun ≥ 92 mg/dl;
- glicemie la 1 oră ≥ 180 mg/dl;
- glicemie la 2 ore ≥ 153 mg/dl. ■

Bibliografie

1. Alberti K.G., Zimmet P.Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998 Jul; 15(7):539-53.
2. Percin R. *Tratamentul diabetului zaharat*, Ed. Saeculu Vizual, București, 2009.
3. Lichiardopol R. *Manual de diabetologie pentru studenți și rezidenți*, ed ILEX, București, 2011.
4. Teh W.T., Teede H.J., Paul E., Harrison C.L., Wallace E.M., Allan C. Risk factors for gestational diabetes mellitus: implications for the application of screening guidelines. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011; 51(1):26-30.
5. Tuffnell D.J., West J., Walkinshaw S.A. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; 3.
6. Torloni M.R., Betran A.P., Horta B.L., Nakamura M.U., Atallah A.N., Moron A.F., et al. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 2009 Mar; 10(2):194-203.
7. Kendrick J.M. Screening and diagnosing Gestational Diabetes Mellitus revisited: implications from HAPO. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011; 25(3): 226-232.
8. Wendland E.M., Torloni M.R., Falavigna M., Trujillo J., Dode M., Campos M.A., et al. A systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) Diagnostic Criteria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12(23) [online] Available at: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-12-23.pdf>. [Accessed on 9 April 2013].
9. Hiéronimus S., Le Meaux J.P. Relevance of gestational diabetes mellitus screening and comparison of selective with universal strategies. *Diabetes Metab*. 2010 Dec; 36(6):575-86.
10. NICE. Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. [http://guidancenic.org.uk/CG63/Guidance/pdf/English/2008 \(NICE Clinical guidelines 63\)](http://guidancenic.org.uk/CG63/Guidance/pdf/English/2008%20(NICE%20Clinical%20guidelines%2063)).
11. Bala C., Minea A., Moța M. Ghid pentru persoanele cu diabet - Controlează-ți diabetul, 2012.