

Managementul postpartum al femeii cu diabet gestațional

Postpartum management of women with gestational diabetes mellitus

Asist. Univ. Dr. Carmen DOBJANSCHI^{1,2}, Dr. Eduard ADAMESCU¹, Șef Lucr. Dr. Antoine EDU^{1,2}

¹Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Femeile cu diabet gestațional (DG) au un risc crescut pentru DG la o sarcină ulterioară și, de asemenea, pentru apariția în timp a diabetului zaharat tip 2. Prin prisma transmiterii peste generații a riscului de diabet asociat cu DG, sunt necesare măsuri mai eficiente de tratament și prevenție aplicate postpartum. Preocupările imediate ale îngrijirii postpartum sunt menținerea controlului glicemic, recunoașterea și tratarea complicațiilor materne și facilitarea lactației.

Cuvinte cheie: diabet gestațional, factor de risc, îngrijire postpartum

ABSTRACT

Women with gestational diabetes mellitus (GDM) are at increased risk of GDM in a subsequent pregnancy and also of developing type 2 diabetes. Due to the transgenerational transmission of diabetes risk associated with GDM, more effective treatments and preventive postpartum measures are required. The immediate goals of postpartum care are continuation of effective glycemic control, recognition and treatment of maternal complications, and facilitation of lactation.

Keywords: gestational diabetes, risk factor, postpartum care

INTRODUCERE

Diabetul zaharat (DZ) a devenit una dintre principalele probleme de sănătate publică ce preocupă întreaga lume medicală prin prisma asocierii complicațiilor cronice ce determină creșterea mortalității cardiovasculare și a invalidității. Prevalența diabetului zaharat tip 2 este în creștere și o categorie aparte de risc o repre-

zintă femeile cu diabet gestațional (DG). DG este definit din 2011 ca diabetul evidențiat în timpul sarcinii, după săptămâna 24-28 de sarcină, prin test de toleranță orală la glucoză (TTGO) cu 75 g de glucoză, dar nedagnosticat ca diabet zaharat anterior (1). Diagnosticul de diabet gestațional este confirmat când este prezentă cel puțin o glicemie modificată din următoarele: glicemia à jeun ≥ 92 mg/dl (5,1 mmol/l), la 1 oră ≥ 180 mg/dl

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Carmen Dobjanschi, Spitalul Clinic „N. Malaxa”, Șos. Vergului nr. 12, sector 2, București
E-mail: dgcarmen2004@yahoo.com

(10,0 mmol/l), la 2 ore \geq 153 mg/dl (8,5 mmol/l). Se pare că din totalul sarcinilor complicate cu diabet, 90% sunt cu diabet gestațional (2).

Importanța diagnosticării rezultă din faptul că femeile cu DG au risc crescut de evenimente perinatale și ulterior un risc de până la 60% de a dezvolta DZ tip 2 în următorii 5-10 ani. (3) Copiii proveniți din mame cu DG au, de asemenea, pe termen lung, risc crescut de apariție a obezității și diabetului zaharat tip 2. Macrosomia (greutatea la naștere $>$ 4.000 g) se asociază cu rate crescute de delivrență prin cezariană, creșterea frecvenței traumatismelor obstetricale, deceselor fetale și a complicațiilor neonatale (4). Pentru reducerea complicațiilor maternofetale este necesară o echilibrare glicemică optimă ce se poate obține, pe parcursul sarcinii, în 80-90% din cazurile de DG doar prin optimizarea stilului de viață. Insulinoterapia trebuie luată în considerare în DG, ca strategie terapeutică, în momentul în care terapia nutrițională, asociată cu exercițiul fizic, nu reușește să obțină țintele glicemice propuse. Momentul optim al nașterii și decizia pentru nașterea pe cale vaginală sau operație cezariană se stabilește de către medicul obstetrician și diabetolog în funcție de prezența macrosomiei fetale și a altor complicații metabolice. (4,5)

CONTROLUL GLICEMIC POSTPARTUM

Îngrijirea postpartum presupune menținerea controlului glicemic, recunoașterea și tratarea complicațiilor materne, facilitarea lactației. În majoritatea cazurilor, imediat după naștere este întreruptă orice terapie hipoglicemiantă, cu monitorizarea glicemiilor bazală și postprandiale. Țintele glicemice pentru femeile cunoscute anterior cu diabet zaharat se pot relaxa cu $HbA1c < 7\%$, în timp ce pentru majoritatea femeilor cu DG este de așteptat o normalizare a glicemiilor. (6) Glicemia maternă trebuie monitorizată cel puțin 24 de ore după naștere, dar ulterior auto-monitorizarea zilnică rămâne controversată pentru pacientele ce nu au necesitat insulinoterapie în sarcină (7). Datorită riscului crescut de a dezvolta DZ tip 2, conform recomandărilor actuale ADA 2014 (8) la 6-12 săptămâni postpartum se va efectua TTGO cu 75 g glucoză și vor fi utilizate criteriile de diagnostic al DZ pentru populația generală.

Cele mai numeroase cazuri de diabet evidențiate în cursul sarcinii în săptămânile 24-28 sunt cazuri de DG, însă pot exista și forme de DZ tip 2 necunoscute anterior, mai ales în cazul femeilor cu multipli factori de risc. Aceste forme

de DZ tip 2 vor fi practic reconfirmate prin TTGO efectuat postpartum. O situație mult mai rar întâlnită, dar posibilă, este evidențierea în sarcină a unui DZ tip 1 care se însoțește de hiperglicemie importantă, risc de cetoacidoză și implică insulinoterapie ce va fi menținută și postpartum. (6) Factorii de risc care s-au corelat semnificativ statistic cu apariția DZ tip 1 au fost vârsta $<$ 30 de ani, necesitatea insulinoterapiei în sarcină și prezența autoanticorpilor, în special antiGAD și ICA. (9)

SCREENINGUL POSTPARTUM

ADA (American Diabetes Association) și ACOG (American College of Obstetrics and Gynecology) acceptă efectuarea postpartum a screeningului la 6-12 săptămâni prin TTGO cu 75 g glucoză. Conform ADA, pentru femeile cu toleranță normală la glucoză postpartum se recomandă ulterior screening la fiecare 3 ani. (8) Deși toleranța la glucoză se normalizează postpartum la majoritatea femeilor cu DG, ele reprezintă o categorie de risc și sunt studii care au raportat în primii 5 ani apariția DZ tip 2 la ~13% dintre acestea. (10) Dacă postpartum se identifică glicemie bazală modificată și/sau alterarea toleranței la glucoză, se recomandă screening anual prin TTGO.

ACOG preia recomandările ADA de screening, dar propune începerea tratamentului cu metformin alături de optimizarea stilului de viață imediat ce a fost identificată glicemia bazală modificată sau alterarea toleranței la glucoză. Dacă DZ tip 2 este evidențiat la femei cu DG anterior, momentul diagnosticului este important pentru a se iniția tratament precoce în scopul prevenirii apariției complicațiilor cronice. Având în vedere riscul crescut al femeilor cu DG de a dezvolta DG sau DZ tip 2 la o sarcină ulterioară, se recomandă, în cazul în care se planifică o altă sarcină, testarea prin TTGO înainte de concepție sau în primul trimestru de sarcină (prima vizită postconcepție). Dacă testul este normal, gravida va repeta testul în săptămâna 24-28 de gestație. (8) Femeile care au avut DG în cursul unei sarcini au un risc de 33-50% de reapariție a diabetului la o sarcină ulterioară. (11) Au fost raportați și anumiți factori care cresc riscul recurenței DG: creșterea ponderală între cele 2 sarcini, vârsta înaintată și multiparitatea.

COMPLICAȚIILE DIABETULUI GESTAȚIONAL

DG implică un risc crescut de complicații atât pentru mamă, cât și pentru făt. Separarea în

complicații materne și complicații fetale este de multe ori artificială deoarece majoritatea complicațiilor materne au impact asupra fătului. În DG chiar și hiperglicemia moderată se asociază cu risc crescut pentru hipertensiunea arterială, operație cezariană (12) și afecțiuni metabolice la distanță. Femeile cu DG chiar dacă postpartum imediat înregistrează o normalizare a toleranței la glucoză au un risc crescut de ~7 ori pentru apariția DZ tip 2 pe întreg parcursul vieții. (13) Diferite studii au arătat că DG reprezintă un factor de risc independent sau o manifestare timpurie a sindromului metabolic. (14) Relația între DG, obezitate și apariția sindromului metabolic a fost urmărită în numeroase studii. Bo și colab. raportează că prevalența sindromului metabolic a fost de 2-4 ori mai mare la femeile cu DG anterior și de 10 ori mai mare dacă a existat și obezitate anterioară sarcinii. (15) Sindromul metabolic, obezitatea și diabetul zaharat tip 2 au ca element etiopatogenic comun insulinorezistența și implică un risc cardiovascular crescut. Complicațiile fetale descrise în DG sunt macrosomia, nașterea prematură, traumatismele obstetricale, iar imediat postpartum hipoglicemie, hiperbilirubinemie, policitemie, hipocalcemie sau hipomagnesemie.

Numeroase studii clinice au arătat că efectele metabolice ale diabetului matern se extind dincolo de perioada de organogeneză și perioada neonatală imediată, producând modificări antropometrice, metabolice și comportamentale ce durează toată viața. Pe termen lung, ca și în cazul mamelor, se remarcă un risc crescut pentru DZ tip 2, obezitate, sindrom metabolic și boli cardiovasculare. (5,6) Cele mai multe femei cu DG dau naștere unor copii sănătoși. Cu toate acestea, DG nedagnosticat sau netratat corespunzător asociază hiperglicemie ce poate cauza complicații imediate sau pe termen lung atât mamei, cât și copilului. Managementul corect al sarcinii și controlul glicemic strict reprezintă prevenția primară a complicațiilor menționate. Urmărirea postpartum a creșterii și dezvoltării normale a copiilor trebuie să reprezinte o prioritate atât pentru familie, care trebuie informată asupra riscurilor de apariție a tulburărilor metabolice, cât și pentru echipa de îngrijire.

Alimentarea la sân trebuie încurajată și în cazul femeilor cu DG, fiind benefică atât pentru copil, cât și pentru mamă (6,16), la care se asociază cu scăderea în greutate, ameliorarea toleranței la glucoză și a nivelului lipidelor serice.

PREVENIREA DIABETULUI ZAHARAT LA FEMEILE CU DIABET GESTAȚIONAL

La nivel mondial se constată o creștere alarmantă a cazurilor de DZ tip 2 (IDF) (16) și având în vedere riscul de apariție a diabetului zaharat la femeile cu DG, nici un efort nu trebuie considerat prea mare în încercarea de a împiedica dezvoltarea acestuia. Studiile de prevenție ale DZ tip 2 precum DPP (Diabetes Prevention Program) și FDPS (Finnish Diabetes Prevention Study) au demonstrat beneficiul maximal prin modificarea stilului de viață la persoane din categorii de risc. Recomandările actuale (ADA 2014) (8) se referă la aplicarea unui program intensiv de modificare a stilului de viață la toți indivizii (inclusiv femeile postpartum evaluate prin TTGO la 6-12 săptămâni) diagnosticați cu glicemie bazală modificată, alterarea toleranței la glucoză, având drept scop o scădere ponderală de 7% în cazul persoanelor obeze și o creștere a gradului de efort fizic la minimum 150 min/săpt. La aceste recomandări se adaugă introducerea terapiei cu metformin la aceste categorii, în special dacă au IMC > 35 kg/m² sau DG în antecedente. (8)

Mai multe studii au analizat momentul oportun al intervenției asupra stilului de viață: antepartum, imediat după diagnosticarea DG sau postpartum. Ferrara și colab (17) au elaborat un studiu ce a urmărit beneficiile aplicării principiilor din DPP imediat după diagnosticarea DG în vederea obținerii la 12 luni postpartum a greutății anterioare sarcinii (dacă IMC < 25 kg/m²) sau a unei scăderi ponderale cu 5% din greutatea anterioară sarcinii (dacă IMC > 25 kg/m²). Motivele pentru care o intervenție asupra stilului de viață (dietă și creșterea gradului de efort fizic) este mai eficace dacă este inițiată antepartum și continuată postpartum sunt multiple.

Femeile care au fost educate să se încadreze în limitele câștigului ponderal recomandat în timpul sarcinii au înregistrat o creștere ponderală de 2 ori mai mică decât cele care nu s-au încadrat în recomandările ghidurilor, ceea ce a dus la o reducere a obezității pe termen lung. (18) Intervențiile care debutează imediat după diagnosticarea DG beneficiază de avantajul unei atenții și compliance sporite a femeii, care este mult mai preocupată în timpul sarcinii de efectele unui stil de viață sănătos atât asupra copilului, cât și asupra ei.

De asemenea, în timpul sarcinii și imediat postpartum există contacte mult mai frecvente și o colaborare mult mai strânsă între pacientă și echipa de îngrijire. Rezultatele studiului au de-

monstrat că intervențiile de optimizare a stilului de viață care sunt inițiate încă de la diagnosticul DG și continuă postpartum sunt foarte eficiente pentru prevenirea câștigului ponderal exagerat în sarcină, precum și în obținerea scăderii ponderale la femeile cu IMC > 25 kg/m² anterior sarcinii.

Referitor la administrarea metforminului în prevenția diabetului zaharat la femeile cu DG în antecedente, rezultatele DPP pe eșantionul cu DG au demonstrat faptul că intervenția asupra stilului de viață și terapia cu metformin au dus la o scădere comparabilă cu 50% a riscului de diabet. În prezent, ACOG propune începerea tratamentului cu metformin alături de optimizarea stilului de viață imediat ce a fost identificată glicemia bazală modificată sau alterarea toleranței la glucoză, cu ocazia screeningul postpartum efectuat după 6-12 săptămâni. Ținând cont de dezvoltarea epidemică actuală a diabetului zaharat și de prevalența în creștere a DG odată cu

folosirea noilor criterii de diagnostic, sunt necesare studii ample care să investigheze beneficiile administrării de agenți farmacologici în scop preventiv.

CONCLUZII

Îngrijirea postpartum presupune monitorizarea atentă pe termen lung atât a mamei cu DG, dar și a copilului, ambii având un risc crescut pentru apariția diabetului zaharat tip 2, obezității, sindromului metabolic și a bolilor cardiovasculare. Optimizarea stilului de viață pentru atingerea și menținerea greutății ideale a mamei, dezvoltarea staturponderală optimă a copilului, identificarea precoce și tratarea afecțiunilor metabolice ar trebui să se regăsească în preocupările medicului de familie, diabetologului, obstetricianului, asistentei educatoare și ale oricărui alt specialist ce evidențiază o tulburare metabolică.

BIBLIOGRAFIE

- American Diabetes Association (ADA). Clinical practice recommendations – Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34(suppl 1):S11-S61.
- American Diabetes Association. Position Statement. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27, S88-S90.
- Lobner K., Knopf A., Baumgarten A. et al. Predictors of Postpartum Diabetes in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes*, 2006; vol. 55; 3:792-797.
- Hankins G.D., Clark S.M., Munn M.B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol*, 2006; 30:276-287.
- Kitzmilller J.L., Block J.M., Brown F.M., Catalano P.M. et al. Managing preexisting diabetes for pregnancy: summary of evidence and consensus recommendations for care. *Diabetes Care* 2008; 31(5):1060-79.
- Clive J. et al. Gestational Diabetes-Origin, Complications and Treatment. London, CRC Press Taylor&Francis Group, 2014; 42-43, 108-109.
- Chen H.S., Wu T.E., Jap T.S. et al. Improvement of glycemia control in subjects with type 2 diabetes by self-monitoring of blood glucose: comparison of two management programs. *Diabetes Obes Metab* 2008; 10:34-40.
- American Diabetes Association (ADA). Clinical practice recommendations. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014, 37(suppl 1) S81-S90.
- Jarvela I.Y., Juutinen J., Koskela P., et al. Gestational diabetes identifies women at risk for permanent type 1 and type 2 diabetes in fertile age. *Diabetes Care*, 2006; 29:607-612.
- Feig A., Zinman B., Wang X. et al. Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes. *CMAJ* 2008; 179:229-34.
- Lobner K., Knopf A., Baumgarten A. et al. Predictors of Postpartum Diabetes in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes*, 2006; vol. 55; 3:792-797.
- Metzger B.E., Lowe L.P., Dyer A.R. et al; The HAPO Study Cooperative Research Group-Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes *N Engl J Med* 2008; 358:1991-2002.
- Bellamy L., Casas J., Hingorani A., et al. Type 2 diabetes mellitus after gestation diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373:1773-79.
- Vohr B.R., Boney C.M. Gestational diabetes: the forerunner for the development of maternal and childhood obesity and metabolic syndrome? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008; 21:149-57.
- Bo S., Monge L., Macchetta C. et al. Prior gestational hyperglycemia: a long term predictor of the metabolic syndrome. *J Endocrinol Invest* 2004; 27:629-35.
- IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation 2010. <http://www.idf.org/>.
- Ferrara A., Hedderson M., Albright C. et al. A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with gestational diabetes mellitus reduces diabetes risk factors. *Diabetes Care* 2011; 34:1519-1525.
- Mammun A.A., Kinarivala M., Callaghan M.J. et al. Association of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight and obesity: evidence from 21 years postpartum follow-up. *Am J Clin Nutr* 2010; 91:1336-1341.