

Modalități de finalizare a sarcinii la gravidele diabetice

Ways to complete pregnancy in diabetic pregnant women

Dr. Radu Nicolae MATEESCU¹, Dr. Cristian Ioan POPESCU¹, Dr. Marie-Jeanne GARDESCU¹,
Asist. Univ. Dr. Stelian CONCI^{1,2}, Conf. Dr. Antoine EDU^{1,2}

¹Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București

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

REZUMAT

Introducere. Diabetul gestațional reprezintă o afectare a glicoreglării, cu prezența intoleranței la glucoză, debutată sau diagnosticată prima dată în timpul sarcinii. Diagnosticul acestei boli se stabilește între săptămânile 24-28 de sarcină, prin prezența unei singure valori anormale a glicemiei în cursul testului oral de toleranță la glucoză (TTGO). Alegerea momentului și a modului de naștere la gravidele diabetice reprezintă o provocare pentru obstetrician deoarece având în vedere patologia complexă a acestei boli, luarea unei decizii optime la momentul potrivit este cheia succesului atât pentru mamă cât și pentru făt.

Material și metodă. Multiplele studii desfășurate la nivel mondial nu au reușit încă să stabilească momentul și modul de naștere optim pentru a evita complicațiile ce apar la gravidele cu diabet gestațional. În ultimii ani se caută un standard de îngrijire perinatală cu scopul de a găsi cea mai bună cale de finalizare a sarcinii limitând efectele diabetului gestațional atât la mamă cât și la nou născut.

Concluzii. Alegerea momentului și căii de naștere la gravida diabetică depinde de mai mulți factori printre care, vârsta gestațională, statusul fetal, vârsta gravidei, paritatea, statusul metabolic și alte patologii asociate sarcinii, posibilitățile tehnice ale maternității în care se desfășoară nașterea și experiența profesională a echipei medicale. Rezultatele cercetărilor anterioare nu au descoperit încă un standard optim pentru rezolvarea acestei probleme, alegerea momentului și căii de naștere reprezintă o decizie care trebuie luată individualizând fiecare caz în parte.

Cuvinte cheie: diabet gestațional, naștere, glicemie

ABSTRACT

Introduction. Gestational diabetes is the type of diabetes characterized by the presence of glucose intolerance, that first appears or is first diagnosed during pregnancy.

The diagnosis of this condition is established between the 24 th and the 28 th week of pregnancy by the presence of a single abnormal blood glucose level during the oral glucose tolerance test (OGTT). Given the complex pathology of this disease, making the right decision at the right time is the key to success for both the mother and the fetus, thus choosing the moment and way of birth in diabetic pregnancies is a challenge for the obstetrician.

Material and method. Multiple studies conducted worldwide have not yet been able to determine the optimal time and manner of birth to avoid the complications that occur in pregnant women with gestational diabetes. In recent years, researchers have been looking for a perinatal care in order to find the best way to finish the pregnancy and limit the effects of gestational diabetes to both the mother and the newborn.

Adresă de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Stelian Conci, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Șoseaua Vergului nr. 12, București
E-mail: concistelian@yahoo.com

Conclusions. *The time and the way of birth for diabetic pregnancy depends on several factors, including gestational age, fetal status, pregnancy, parity, metabolic status and other pregnancy-related pathologies, technical possibilities of the hospital and professional experience of the medical team. Choosing the moment and the way of birth is a decision that must be taken individually in each case as the results of research have not yet found an optimal standard to solve this problem.*

Keywords: gestational diabetes, birth, glycemia

INTRODUCERE

Sarcinile complicate cu diabet gestațional au avut o creștere explozivă în ultimii 30 de ani. După multiple cercetări și studii clinice, standardizarea criteriilor de diagnostic și stabilirea unor consensuri la nivel mondial au evidențiat un număr foarte mare de gravide diagnosticate cu aceasta boală. Aceste cazuri scăpau diagnosticului din cauza criteriilor neclare până la standardizarea acestora.

Diabetul gestațional este acea afectare metabolică ce determină perturbarea metabolismului glucidic crescând riscul obstetrical prin complicații materne și fetale.

Sarcina reprezintă un stres diabetogen care agravează sau evidențiază o afectare metabolică glucidică preexistentă.

Numeroase studii au încercat să elucideze conduita terapeutică optimă pentru finalizarea sarcinilor complicate cu diabet.

Diabetul gestațional este definit ca o afectare a glicoreglării, cu prezența intoleranței la glucoză, debutată sau diagnosticată prima dată în timpul sarcinii.

Termenul de diabet gestațional se referă la femeile cu o valoare normală a glicemiei înaintea sarcinii care dezvoltă hiperglicemie în al doilea și al treilea trimestru de sarcină, postpartum nivelurile glicemiei revenind la normal (1).

Sunt propuse multiple standarde privind criteriile de diagnosticarea a diabetului gestațional.

În anul 2013, American Diabetes Association (ADA) definește diabetul gestațional ca diabetul apărut în timpul sarcinii care nu este diagnosticat anterior ca diabet zaharat.

Diabetul gestațional este acea formă de diabet care debutează în săptămânile 24-28 de sarcină și care se diagnostichează prin prezența unei singure valori patologice a glicemiei, în cursul testului oral de toleranță la glucoză (TTGO), cu 75 g de glucoză anhidră:

- glicemia à jeun > 92 mg/dl (5,1 mmol/l);
- glicemia la o oră > 180 mg/dl (10,0 mmol/l);
- glicemia la 2 ore > 153 mg/dl (8,5 mmol/l) (2).

White clasifică diabetul gestațional în două subcategorii:

- Diabet gestațional A1: controlat prin dietă și efort fizic;
- Diabet gestațional A2: cu necesar de insulină (3).

COMPLICAȚIILE DIABETULUI GESTAȚIONAL

Complicațiile diabetului gestațional se pot clasifica în complicații materne și neonatale.

Complicații materne

Gravidele cu diabet gestațional prezintă un risc cu 20% mai mare de a dezvolta complicații în sarcină.

Statusul hiperglicemic determină poliurie, polidipsie, polifagie, scădere în greutate a unei gravide obeze, astenie fizică, afectări dermatologice (eczeme, furunculoză, piodermite), vulvovaginite recidivante după tratament (4).

Diabetul gestațional cu un control slab al glicemiei poate determina:

- avort spontan;
- hipertensiune arterială;
- preeclampsie;
- polihidramnios (mai ales în ultimele 4-6 săptămâni de sarcină);
- ruptură prematură de membrane;
- naștere prematură;
- infecții bacteriene și fungice materne;
- creșterea suplimentară a riscului trombotic;
- traumatisme ale firidei pelvigenitale la naștere;
- creșterea ratei de operații cezariene.

Complicații neonatale

Stresul hiperglicemic la care este supus fătul în contextul unui diabet gestațional slab controlat determină hiperinsulinism fetal, ca răspuns la hiperglicemia maternă, cu hiperplazia și hipertrofia celulelor B pancreatice fetale (5).

Rezultatul acestor modificări determină:

- tulburări metabolice fetale (hipoglicemie, hiperglicemie, hipocalcemie, hiperbilirubinemie, policitemie);
- sindrom de detresă respiratorie (maturarea pulmonară apare cu întârziere de aproximativ 2 săptămâni din cauza secreției inadecvate de surfactant);
- macrosomie;
- traumatisme obstetricale (distocia umerilor apare de 2 până la 4 ori mai frecvent la diabetice; fractura de claviculă; pareza de plex brahial superior și inferior apare de 10 ori mai des la diabetice cu făt macrosom) (6);
- restricție de creștere intrauterină;
- malformații fetale;
- cardiomiopatie;
- moarte subită *in utero*.

MODALITATEA ȘI MOMENTUL NAȘTERII

Alegerea momentului și a modului de naștere la gravidele diabetice este un subiect de mare actualitate și pentru care nu există până în acest moment un consens la nivel mondial.

Alegerea momentului nașterii

Conform ghidurilor în vigoare în Marea Britanie, momentul nașterii la gravidele cu diabet zaharat tip 1 și diabet zaharat tip 2 este între 37 de săptămâni și 0 zile și 38 de săptămâni și 6 zile dacă nu au fost identificați factori de risc materno-fetali suplimentari.

În cazul identificării factorilor de risc suplimentari, nașterea înainte de 37 săptămâni trebuie luată în considerare.

Pentru gravidele cu diabet gestațional, momentul nașterii nu trebuie să depășească 40 de săptămâni și 6 zile în cazurile fără complicații. Nașterea trebuie să se producă înainte de această vârstă de gestație dacă sunt identificate complicații materno-fetale (7).

În Statele Unite ale Americii, ghidurile American Diabetes Association (ADA) susțin ca momentul nașterii pentru o gravidă cu diabet gestațional să fie între 39 și 40 de săptămâni de gestație, în condițiile unui control glicemic excelent și în absența apariției complicațiilor obstetricale (8).

Ghidurile în vigoare din Franța susțin că, în absența complicațiilor și cu un control glicemic optim, nașterea se poate produce între 38 și 39 de săptămâni de gestație (9).

Alegerea modului de naștere

Modul de naștere este dependent de mai mulți factori, printre care istoricul obstetrical matern (cicatrice post operație cezariană în antecedente, distocia umerilor la nașteri anterioare), alte afecțiuni medicale concomitente, macrosomia fetală, diametrele pelvisului osos matern, prezentația fetală, condițiile locale ale parturientei, voința pacientei.

În ultimii ani, la nivel global, a crescut rata de nașteri prin operații cezariene la gravidele diabetice, deși diabetul gestațional în sine nu este o indicație pentru naștere prin operație cezariană. Această creștere a ratei operației cezariene s-a datorat anticipării creșterii riscului de distocie a umerilor și afectarea plexurilor brahiale (pareză sau paralizie).

Distocia umerilor este o complicație des întâlnită la gravidele diabetice cu făt macrosom. Astfel, pentru feții cu greutate între 4.000 și 4.500 g, rata distociei umerilor este de 16,7% față de 1,4% în populația generală (10).

Feții cu greutate peste 4.500 g, provenind din mame diabetice, au rata de 50% de a face distocie a umerilor față de 24% la gravidele fără diabet (11).

Riscul de lezare a plexurilor brahiale crește cu fiecare manevră efectuată necesară în distocia umerilor. Frecvența lezării este de 3% la 1.000 de nașteri în țările industrializate și 40% când apare distocia umerilor la gravidele diabetice. Majoritatea cazurilor au doar o pareză tranzitorie, totuși, 1,5% din nou-născuți rămân cu paralizie definitivă (12).

CONCLUZII

Alegerea momentului și căii de naștere la gravida diabetică depinde de mai mulți factori, printre care vârsta gestațională, statusul fetal, vârsta gravidei, paritatea, statusul metabolic și alte patologii asociate sarcinii, posibilitățile tehnice ale maternității în care se desfășoară nașterea și experiența profesională a echipei medicale.

În cazul existenței unui diabet gestațional bine controlat, a unui făt normoponderal și cu maturare pulmonară certificată prin amniocenteză, se poate induce travaliul pentru nașterea pe cale vaginală.

Nașterea prin operație cezariană este de preferat în cazul unui control slab al glicemiei, făt macrosom, suferință fetală cronică asociată cu restricție de creștere intrauterină, scor Bishop

nefavorabil, eșec de declanșare a travaliului, alte patologii asociate sarcinii ce contraindică un travaliu laborios.

Notă

Toți autorii au contribuit în mod egal la realizarea acestui articol.

BIBLIOGRAFIE

1. **International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)** Consensus Panel. Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33: 676-682
2. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. *Diabetes Care*. 2013; 36 (1):S11-66.
3. **Hoffert Gilmartin Amanda, Ural H.S., Repke T.J.** Gestational Diabetes Mellitus. *Rev Obstet. Gynecol.* 2008; 129-134
4. **Morre R.T.H., Warshak C.** Diabetes Mellitus and pregnancy, e-Medicine, 2009
5. **Dobjanschi C., Edu A.** Actualități în diabetul gestațional, Ed. Medicală, 2015:54-57
6. **Hunter D.J., Burrows R.F., Mohide P.T., White R.K.** Influence of maternal insulin – dependent diabetes mellitus on neonatal morbidity. *CMAJ*, 1993; 149(1):47-52
7. **National Collaboration Centre for Women's and Children's Health.** Diabetes in Pregnancy: Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. National Collaboration Centre for Women's and Children's Health. London 2015
8. **Kitzmilller J.L., Jovanoic L., Brown F., Coustan D., Reader D.M.** Managing preexisting diabetes and pregnancy: technical reviews and consensus recommendations for care. American Diabetes Association: Alexandria, VA, 2008
9. **Bismuth E., Bouche C., Caliman C., Lepercq J., Lubin V., Rouge D., Timsit J., Vambergue A.** Management of pregnancy in women with type 1 diabetes mellitus: Guidelines of French-Speaking Diabetes Society. *Diabetes Metab* 2012; 38:205-216
10. **Nesbitt T.S., Gilbert W.M., Herrchen B.** Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:476-480
11. **Dildy G.A., Ckark S.L.** Shoulder dystocia: Risk identification. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43:265-282
12. **Gilbert W.M., Nesbitt T.S., Danielson B.** Associated factors in 1611 cases of brachial plexus injury. *Obstet Gynecol* 1999; 93:536-540