

Streszczenie

Wstęp

Cukrzyca ciążowa (GDM) definiowana jako hiperglikemia po raz pierwszy zdiagnozowana w czasie ciąży stanowi coraz częstszy problem kliniczny. Kryteria rozpoznania GDM zmieniały się na przestrzeni lat i różniły się w rekomendacjach poszczególnych towarzystw naukowych. Do 2013 roku Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) bazując na zmodyfikowanych kryteriach WHO z 1999 roku rekomendowało rozpoznanie cukrzycy ciążowej, gdy glikemia na czczo wynosiła ≥ 100 mg/dl lub w 2 godzinie po obciążeniu 75g glukozy (75g OGTT) wynosiła ≥ 140 mg/dl. W 2014 roku PTD zmieniło kryteria bazując na rekomendacjach International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG). Nowe kryteria obowiązujące do dziś stanowią, że GDM należy rozpoznać, gdy glikemia na czczo wynosi ≥ 92 mg/dl lub w 75g OGTT wynosi po 1 godzinie ≥ 180 mg/dl lub po 2 godzinach ≥ 153 mg/dl.

Cel

Celem pracy była ocena przydatności klinicznej nowych kryteriów PTD bazujących na IADPSG 2010 i ich porównanie ze starymi kryteriami (PTD 2013) rozpoznawania cukrzycy ciążowej.

Metodyka

Do badania zrekrutowano ciężarne leczone w Przyszpitalnej Poradni Diabetologicznej oraz Klinice Położnictwa i Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie od marca 2016 do września 2018. Kryterium włączenia do badania było rozpoznanie u pacjentki GDM według kryteriów PTD 2013 lub IADPSG 2010 lub przynależność pacjentki do grupy ryzyka zachorowania na cukrzycę ciążową. Badanie miało charakter obserwacyjny.

Wyniki

Do analizy włączono łącznie 223 ciężarne. Spośród 173 ciężarnych ze zdiagnozowanym i leczonym GDM, 142 spełniało nowe kryteria GDM (grupa A- 82%). Pozostałe 31 ciężarnych (grupa B- 18%) charakteryzowało się nieprawidłową glikemią w 2h 75g OGTT (jedynie wg starych kryteriów) wynosząca 140-152 mg/dl. Obie grupy nie różniły się pod względem prevalencji czynników ryzyka rozwoju GDM oraz większości powikłań noworodkowych i matczyń. W grupie A częściej występowała hipotrofia (13% vs 6%) i wcześniactwo (17% vs 6%).

Czynnikami predykcyjnymi konieczności wdrożenia insulinoterapii były glikemia na czczo w 75g OGTT ($p < 0,0001$ OR=1,08 CI 1,05-1,13), wykonanie 75g OGTT przed 24 tygodniem ciąży ($p < 0,05$ OR=3,1 CI 1,2-7,9) i nieprawidłowa masa ciała ($BMI \geq 25$ kg/m²) ($p = 0,1$ OR=1,9 CI 0,9-3,9). W modelu przewidującym wystąpienie stanu przedcukrzycowego po ciąży czynnikami predykcyjnym były cukrzyca u krewnego I stopnia ($p < 0,05$ OR=4,99 CI 1,39-17,82), glikemia na czczo na pierwszej wizycie w ciąży ($p < 0,05$ OR=1,09 CI 1,015-1,166), szybki nieprawidłowy przyrost masy ciała 157

($p < 0,1$ OR=3,37 CI 0,95-11,99) i poziom hemoglobiny glikowanej ($p < 0,01$ OR=12,0 CI 2,4-61,5).

Wnioski

Ciężarne uznawane w świetle obecnych kryteriów za zdrowe, a przed 2014 rokiem diagnozowane jako GDM stanowią istotny odsetek ciężarnych z GDM. A zatem, obecne kryteria rozpoznawania GDM mogą wymagać dalszego udoskonalenia.

Wykorzystując modele predykcyjne bazujące na danych klinicznych i wartościach glikemii w 75g OGTT można określić ryzyko konieczności wdrożenia insulinoterapii oraz wystąpienia stanu przedcukrzycowego po ciąży, co ułatwia stratyfikację ciężarnych z GDM i planowanie intensyfikacji leczenia.