

5. BÖLÜM

GESTASYONEL DİYABETES MELLİTUS

Dr. Emine KIRŞAN İLERİ¹

Giriş

Dişabet gebeliğın en sık komplikasyonlarından biridir. Bir popölasyonadaki gestasyonel dişabetes mellitus (GDM) prevalansı Tip 2 dişabetes mellitus prevalansına benzer seyretmektedir. Tüm dünyadaki canlı doğumların %16'sı gebelikteki hiperglisemi ile komplikedir. Obezite ve fiziksel inaktivite arttıkça prevalansın daha da artacağı açıktır ⁽¹⁾. Gebelikte dişabetes gebelikten önce ve sonra tanı konulmasına bağı 2 gruba ayrılabilir. İlki gebelikten önce tanısı konulmuş tip 1 ve tip 2 diabetes mellitus olarak bilinen pregestasyonel/aşıkar dişabetes, ikincisi ise gebelik sırasında tanı konulan gestasyonel dişabetir ⁽²⁾.

Dişabetes mellitusun sınıflaması řu şekildedir ⁽²⁾:

- TİP 1: β-hücre yıkımı, genellikle tam insülin eksikliği

İmmün-aracılı

İdiyopatik

- TİP 2: Ağırıklı olarak insülin direnci sorumludur.
- DİĞER TİPLER

β-hücre fonksiyonundaki genetik mutasyonlar: MODY 1-6, diğeri

İnsülin etkisindeki genetik defektler

Genetik sendromlar: Down, Klinefelter, Turner

Ekzokrin pankreas hastalıkları: pankreatit, kistik fibrozis

Endokrinopatiler: Cushing sendromu, feokromasitoma, diğeri

İlaç ve kimyasal nedenli: glukokortikoidler, tiazidler, β-adrenerjik agonistler, diğeri

Enfeksiyonlar: konjenital rubella, sitomegalovirüs, koksakivirus

¹ Doktor, SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğı
Email: eminekirsan@gmail.com

İntrapartum ve Postpartum Bakım

Uzun etkili bazal insulin kullanan kadınlar insulin dozlarını doğumdan önceki gece ve doğum sabahı yarıya düşürmelidirler. Doğum sırasında hedef kan glukozu değerleri 72- 126 mg/dl'dir. GDMA1'li kadınların doğum esnasında genellikle insülin ihtiyacı olmayıp, kan glukoz ölçümü takibi doğum başlangıcında ve sonraki her 4-6 saatte yapılabilir. GDMA2'li kadınlarda ise her bir-iki saatte bir kan glukoz ölçümü yapılmalıdır. Doğum sırasındaki optimal glukoz/insülin müdahale yaklaşımı ise henüz netleştirilmemekle birlikte önerilen %5 dekstroz ve salin solüsyonunun 125 cc/saat hızla verilir kan glukozu 100 mg/dl'yi aştığında solüsyonun sadece salin ya da ringer laktat ile değiştirilmesidir. Glukoz düzeyleri 140 mg/dl'yi aştığında insülin infüzyonuna başlanmalı ve doz kan şekeri izlemine göre titre edilmelidir. GDM'li kadınların postpartum antidiyabetik kullanım ihtiyacı nadirdir. Postpartum dönemde eğer açlık kan glukozu değeri (≥ 126 mg/dl) ya da rastgele kan glukozu (≥ 200 mg/dL) eşik değer üzerinde ise tedavi gerekir. Açlık kan glukozu 126 mg/dl'den düşük çıkan GDM'li kadınlara postpartum 6-12 hafta içinde OGTT yapılmalıdır. OGTT HbA1c'den daha fazla önerilmektedir. Eğer OGTT sonucu normal ise tarama her 3 yılda bir tekrarlanır. Test etme sıklığı multifaktöryel etmenlere göre belirlenmektedir. Hastada doğum sonrası prediyabet tespit edilirse hem oral antidiyabetik (metformin) kullanımı hem de yaşam tarzı değişikliği tip 2 diyabetin önlenmesi için önerilir ⁽²⁴⁾.

KAYNAKLAR

1. Kampmann U, Madsen LR, Skaja GO, et al. Gestational Diabetes: A clinical update. World J. Diabetes. 2015;6(8):1065-72.
2. Mack LR, Tomich PG. Gestational Diabetes Diagnosis, classification, and clinical care. Obstet Gynecol clin N Am. 2017;44:207- 4. 17.
3. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 137: Gestational diabetes mellitus. Obstet Gynecol. 2013;122(2 pt 1):406 - 416.
4. Kirwan JP, Hauguel-De Mouzon S, Lepercq J et al. TNF-alpha is a predictor of insulin resistance in human pregnancy. Diabetes 2002; 51: 2207-2213
5. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2014. Diabetes Care. 2014;37(suppl 1):S14 -S80.
6. Getahun D, Fassett MJ, Jacobsen SJ. Gestational diabetes: risk of recurrence in subsequent pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(5):467.e1 - 4 67.e6.
7. Naylor CD, Sermer M, Chen E, et al. Selective screening for gestational diabetes mellitus. Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project Investigators. N Engl J Med. 1997;337(22):1591-1596.
8. Kim SY, England L, Sappenfield W, et al. Racial/ethnic differences in the percentage of gestational diabetes mellitus cases attributable to overweight and obesity, Florida, 2004-2007. Prev Chronic Dis. 2012;9:E88.
9. Solomon CG, Willett WC, Carey VJ, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. JAMA. 1997;278 (13) :1078-1083.
10. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2020.

11. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screen-ing for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2014;160 (6):414 - 420.
12. Hillier TA, Ogasawara KK, Pedula KL, Vesco KK. Mark-edly different rates of incident insulin treatment based on universal gestational diabetes mellitus screening in a diverse HMO popula-tion. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209 (5): 440.e1- 4 4 0.e9.
13. Carpenter MW, Coustan DR. Criteria for screening tests for gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1982; 14 4 (7):768-773.
14. National Diabetes Data Group. Classification and diag-nosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes.* 1979 ;28 (12) :1039-1057.
15. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 255.e1-255.e7 [PMID: 20207245 DOI: 10.1016/j.ajog.2010.01.024]
16. Gorgal R, Gonçalves E, Barros M, Namora G, Magalhães A, Rodrigues T, Montenegro N. Gestational diabetes mellitus: a risk factor for non-elective cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res*2012; 38: 154-159.
17. Nocon JJ, McKenzie DK, Thomas LJ, et al. Shoulder dystocia: an analysis of risks and obstetric maneuvers. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1732-1737;
18. O'Sullivan JB, Charles D, Mahan CM, Dandrow RV. Gestational diabetes and perinatal morta-lity rate. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 901-904.
19. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005; 352: 2477-2486.
20. Ceysens G, Rouiller D, Boulvain M. Exercise for diabetic pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3): CD004225.
21. Garrison A. Screening, diagnosis, and management of gestational diabetes mellitus. *Am Fam Physician.* 2015; 1;91(7):460-7.
22. Nielsen LR, Ekbom P, Damm P, et al. HbA1c levels are significantly lower in early and late pregnancy. *Diabetes Care* 2004; 27: 1200-1201.
23. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guide-lines for Obstetrician-Gynecologists. Number 60, March 2005. Pregestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol.* 2005;105(3):675-685.
24. Barrett HL, Morris J, McElduff A. Watchful waiting: a management protocol for maternal gly-caemia in the peripartum period. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2009;49 (2):162-167.