

DOPIS REDAKCI

Máme dostatek pádných důvodů pro změnu diagnostických kritérií gestačního diabetu?

Does our screening for GDM work well?

Tereza Šmrhová-Kovács
Gynekologicko-porodnická ambulance, Tábor

Korespondenční adresa: MUDr. Tereza Šmrhová-Kovács, Gynekologicko-porodnická ambulance, Kpt. Jaroše 2876, 390 03 Tábor, tel.: + 420 605 288 934, e-mail: t.smrhova.kovacs@gmail.com

Publikováno: 27. 2. 2013 Přijato: 15. 1. 2013 Akceptováno: 20. 2. 2013
Actual Gyn 2013, 5, 8-9 ISSN 1803-9588 © 2013, Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Šmrhová-Kovács T. Máme dostatek pádných důvodů pro změnu diagnostických kritérií gestačního diabetu? Actual Gyn. 2013;5:8-9

Vážená redakce,

v říjnu 2012 byl v časopise AJOG on-line publikovaný článek autorů G. H. A. Vissera a H. W. de Valka, ve kterém vyjadřují svůj názor na nová kritéria diagnostiky gestačního diabetu, která doporučila IADPSG (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Group – studijní komise Mezinárodní asociace pro diabetes v těhotenství). Tato nová kritéria vydaná komisí IADPSG jsou založena na výsledcích velké mezinárodní studie HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study – Hyperglykemie a nepříznivý výsledek těhotenství), která byla publikována v roce 2008. Od té doby se vede živá diskuse, zda tato kritéria přijmout, či ne. Je zajímavé tuto výměnu názorů a argumentaci jednotlivých odborníků v tisku sledovat, protože všechny těhotné v České republice mají hodnocenou glykemii nalačno na začátku těhotenství (v prvním trimestru) a prakticky ve 100 % je u nich proveden i test oGTT. Pro přijetí IADPSG navrženého diagnostického postupu uvádějí výše uvedení odborníci následující: 1. v obecné populaci výrazně narůstá počet obézních lidí s diabetem 2. typu, takže lze předpokládat, že gestační diabetes bude mít prevalenci 20 %; 2. léčba GDM zlepšuje výsledky těhotenství; 3. léčba GDM je většinou snadná, pouze 8–20 % žen musí aplikovat inzulin; 4. předchozí hodnocení oGTT bylo nastaveno tak, že se předpokládal výskyt GDM u 2,5 % těhotných, ale nebral se v úvahu vztah mezi hodnotami glykemie a perinatálními komplikacemi. Proti přijetí těchto kritérií uvádějí G. H. A. Visser a H. W. de Valk následující skutečnosti: 1. oGTT má nízkou výpovědní hodnotu; 2. i nastavení velmi přísných hodnotících kritérií odhalí pouze malou část fetálních makrosomií; 3. GDM má přímý vztah k dětské obezitě, ale pouze při současné nad-

váze matky; 4. nadměrná diagnóza (overdiagnosing) GDM může vést k overtreatmentu; 5. striktní kritéria pro hodnocení oGTT povedou k přetížení zdravotnického systému.

Současná platná doporučení pro vyšetřování těhotných v naší republice zahrnují screening GDM, který vychází z doporučení WHO a jeho poslední aktualizace proběhla v roce 2008 po společné dohodě České diabetologické společnosti (ČDS) a České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS). V článku Franekové a kol. v časopise Klinická biochemie a metabolismus je udáván výskyt GDM podle hodnocení oGTT od 9-24 %. Výsledek HAPO studie, kde touto poruchou trpělo 18 % žen, je důvodem, proč se o použití nových kritérií IADPSG tolik diskutuje z hlediska cost-effectivity, únosnosti pro současný zdravotnický systém a z pohledu nejdůležitějšího - z hlediska přínosu pro zdravé ženy a jejich potomků. Jaká je situace u nás? V současnosti, kdy průměrný věk těhotných stoupá, a i v naší zemi všeobecně roste počet lidí s nadváhou a diabetem, je v literatuře publikováno minimum článků o incidenci, léčbě a důsledcích GDM v populaci českých gravidních žen. Jak vyplývá i z článku Franekové, velmi pravděpodobně asi neprovádíme jednotně screening těhotných žen pro GDM. Hodnocení oGTT nalačno za 60 a 120 minut je nákladově téměř shodné s oGTT, kdy hodnotíme glykemii jen nalačno a za 120 min, byť test s třemi hodnotami glykemie je efektivnější v záchytu GDM. V době, kdy dochází k redukci finančních prostředků na péči o gravidní ženy, bychom měli aktualizovat doporučení pro screening GDM tak, aby s přihlédnutím k výsledkům HAPO studie byly vynaložené peníze co nejefektivněji využity ve prospěch našich stále ubývajících těhotných a zdravých jejich potomků (potomků). Je asi čas

zhodnotit objektivní data o GDM v populaci českých žen, abychom si mohli odpovědět na otázku, zda máme dostatek pádných důvodů k zachování platných diagnostických kritérií gestačního diabetu, zda bychom neměli uvažovat i o hodnocení nízké glykemie nalačno při oGTT prováděném dle doporučení v 24.–28. týdnu, jako o faktoru, který vyřadí ženy s nízkým rizikem GDM a tak se u nich nemusí dokončit oGTT? V neposlední řadě bychom si mohli odpovědět i na otázku, zda opravdu provádíme přínosné a finančně efektivní vyhledávání žen s jednou z nejčastějších komplikací těhotenství?

Literatura

1. Visser GHA, de Valk HW. Is the evidence strong enough to change the diagnostic criteria for gestational

diabetes now? American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.881>

2. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358:1991–2002
3. Ryan EA. Diagnosing gestational diabetes. Diabetologia. 2011;54(3):480–486
4. Krejčí H. Gestační diabetes mellitus. Postgraduální medicína. 2012;3 (příloha)
5. Franeková J, Jabor A. Gestační diabetes mellitus: analýza 2043 výsledků oGTT – je čas na změnu? Klin. Biochem. Metab. 2010;1:30–37