

## DIABETI GESTACIONAL



### Rina Tafarshiku

Asistent i Mjekësisë Interne  
Fakulteti i Mjekësisë  
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Mjekësisë Interne-  
Endokrinologjisë  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Diabeti gestacional shfaqet te gratë gjatë tremujorit të dytë dhe tretë të shtatëzënisë. Nëse zbulohet gjatë tremujorit të parë atëherë konsiderohet si diabet preegzistues i pa zbuluar më parë.

Në bazë të skringut dhe kritereve diagnostike për Diabet gestacional nga International Association of Diabetes and Pregnancy Study group (IADPSG) 2010, prevalenca globale e Diabetit gestacional është vlerësuar të jetë 17%. Prevalenca është rritur me kohë nga rritja e moshës mesatare, BMI dhe obezitetit te shtatëzënat.

Shfaqja e Diabetit gestacional lidhet me ndryshimet fiziologjike që ndodhin gjatë shtatëzënisë. Placenta prodhon hormone si: Hormoni i rritjes, CRH- hormoni kortikotropin lirues, Prolaktina, Progesteroni, të cilat shkaktojnë rezistencë insulinike, me qëllim të furnizimit të fetusit me materie ushqyese. Si përgjigje ndaj rezistencës insulinike, në kushte normale, pankreasi liron sasi më të madhe të Insulinës. Diabeti gestacional shfaqet te shtatëzënat pankreasi i të cilave nuk mund të rris prodhimin e Insulinës dhe të tejkaloj rezistencën e krijuar insulinike.

Faktorët e rrezikut për Diabet Gestacional konsiderohen të jenë:

- Historia personale e çrregullimit të tolerancës së glukozës: HbA1c > 5.7 %, çrregullimi i glikemisë esull
- Diabeti gestacional në shtatëzënaninë paraprake
- Anamneza familjare pozitive për Diabet
- BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> para shtatëzënisë
- Shtim i tepruar i peshës gjatë javëve 18-24 të shtatëzënisë
- Moshë e shtatëzënes > 35 vjeç
- Gratë me Sindromë policistike ovariale - PCOS
- Lindja e fëmijut paraprak me peshë > 4000 g

Diabeti gestacional rrit rrezikun për komplikime të shumta afatshkurtëra si dhe afatgjata si te nëna poashtu edhe te fëmiju.

Komplikimet e shtatëzënisë me Diabet gestacional janë:

- Hipertensioni arterial gjatë shtatëzënisë
- Preeklamsia
- LGA – (Peshë e neonatusit mbi percentilin e 90 - të për moshën gestacionale)
- Makrosomi (peshë mbi 4500 g në lindje)
- Polyhydramnios (sasi e shtuar e lëngut amnionial)
- Lindje me operacion (cezariene ose me asistencë vaginale)
- Dystocia e krahut

- Dëmtim i pleksusit brahial

- Mortalitet perinatal

Te neonatusi mund të shfaqen: Hipoglikemia, Hiperbilirubinemia, Hipokalcemia, Hipomagnesemia, Policitemia si dhe Sindroma e distresit respirator.

Gratë me diabet gestacional në të ardhmen janë të rrezikuara nga Diabeti melit dhe sëmundjet kardiovaskulare, ndërsa fëmijët e këtyre nënave në adoleshencë kanë rrezik të shtuar për obezitet, çrregullim të tolerancës së glukozës, hipertension arterial dhe sindromë metabolike. Me qëllim të parandalimit të komplikimeve që sjell diabeti gestacional ADA rekomandon të bëhet skringu duke matë glikeminë esull ose HbA1c – në te gratë që planifikojnë shtatëzënaninë dhe kanë faktorë të rrezikut për Diabet si dhe shtatëzënat para javës së 15 - të që kanë faktorë të rrezikut. Glikemia esull të jetë nën 110–125 mg/dL (6.1 mmol/L) ose HbA1c mes 5.9–6.4% (41–47 mmol/mol). Nëse vlera e glikemisë së rastit > 11 mmol/l ose/dhe HbA1c ≥ 6.5%, është tregues për Diabet preegzistues, ndërsa nëse vlera e HbA1c < 6.5 %, preferohet përsëritja e testit në javët 24 – 28 të shtatëzënisë.

Skringu në javën e 24 – 28 bëhet me qasjen një ("One step") ose dy hapëshe ("Two step")

Qasja "One step" e rekomanduar nga IADPG (International Association of the Diabetes and Pregnancy Study group), realizohet me testin e tolerancës së glukozës me 75 g (OGTT), me matje të glikemisë esull, si dhe 1h dhe 2h pas marrjes së glukozës. OGTT duhet të realizohet në mëngjes esull, pas urisë 8 orëshe gjatë natës.

Diagnoza e DG bëhet kur cilado prej vlerave të glikemisë janë më të larta se:

-Esull: 92 mg/dL (5.1 mmol/L)

-1h: 180 mg/dL (10.0 mmol/L)

-2h: 153 mg/dL (8.5 mmol/L)

Qasja "Two-Step" e rekomanduar nga American College of Obstetricians and Gynecologists, realizohet me:

Hapi 1: bëhet testi i tolerancës së glukozës me 50 g (OGTT), te pacientet në gjendje joesull.

Nëse niveli i glukozës plazmatike pas 1 h është ≥ 130, 135, ose 140 mg/dL (7.2, 7.5, or 7.8 mmol/L), kalohet në Hapin e dytë.

Hapi 2: bëhet testi i tolerancës me 100-g (OGTT), te pacientet esull.

Diagnoza e DG bëhet kur së paku dy prej vlerave plazmatike të glukozës gjinden ose kalohen (Carpenter-Coustan criteria):

-Esull: 95 mg/dL (5.3 mmol/L)

-1 h: 180 mg/dL (10.0 mmol/L)

-2 h: 155 mg/dL (8.6 mmol/L)

-3 h: 140 mg/dL (7.8 mmol/L)

## 8. Menaxhimi Diabetit Gestacional,

Në mjekimin e Diabetit Gestacional bën pjesë terapia mjekësore nutritive, aktiviteti fizik dhe terapia mjekësore.

Monitorimi i glukozës bëhet duke matë glikeminë esull para mëngjesit dhe 1 ose 2 orë pas shujtave.

Targeti glikemik të shtatëzënat me Diabet Gestacional është:

- Glikemia esull deri 5.3 mmol (<95 mg/dL)

- Glikemia postprandiale pas 1 ore: 7.8 mmol/L (<140 mg/dL)

- Glikemia postprandiale pas 2 ore: 6.7 mmol/L (<120 mg/dL)

Poashtu duhet të matet HbA1c çdo muaj. Vlera ideale e saj është <6%, por lejohet deri në 7% nëse vlera më e ultë shkakton hipoglikemi.

Terapia nutritive përfshin dietën, që përmban minimum 175 g karbohidrate, minimum 71g proteina dhe 28 g fibra gjatë ditës. Dieta duhet të përmbajë poashtu yndyrë të pangopura mono dhe polisaturuara (vaj ulliri, avocado, nuts, fara dhe peshk) dhe limitim të atyre të saturuara (mish viçi dhe qingji, pule, buteri, djathi, qumështi me shumë yndyrë).

Poashtu preferohet intensiteti i moderuar i aktivitetit fizik (20 – 50 min/ditë, 2-7 ditë/javë).

Terapia mjekësore e aprovuar për Diabet gestacional është: Insulina, Metformina dhe Glyburidi (Glibenclamidi).

First line terapia është Insulina pasi ajo nuk e kalon placentën, derisa Metformina dhe Glyburidi po. Insulina është e sigurtë për fetusin, derisa metformina dhe glyburidi nuk lidhen me rrezik të shtuar për anomalitë kongjenitale, por pas përdorimit të tyre mungojnë të dhënat për sigurinë e fëmijut në të ardhmen.

1. Doza fillestare e Insulinës në trimestrin e dytë është 0.9 UI/kg dhe 1.0 UI/kg në trimestrin e tretë, e ndarë në dozat basal dhe bolus. Në pacientët me obezitet të shkallës II ose III, doza fillestare mund të rritet deri 1.5 – 2.0 UI/kg.

Sulfoniluretë e kalojnë placentën dhe kanë rrezik më të lartë të shkaktojnë Hipoglikemi te fetusin. Glyburidi lidhet me shkallë më të lartë të: Hipoglikemisë neonatale, makrosomisë dhe shtimit të cirkuferencës abdominale, në krahasim me Metforminën

dhe Insulinën.

Fillohet me dozë prej 2.5 deri 5 mg, një herë në ditë dhe sipas nevojës rritet deri në dozën maksimale 20 mg/ditë. Mund të mirret edhe dy herë në ditë me qëllimit të mbajtjes së glukozës në vlera të normës. Efekti më i shpeshtë anësor është Hipoglikemia e nënës.

Metformina fillohet me dozë 500 mg XR në darkë dhe titrohet gradualisht deri në dozën e zakonshme 2000 – 2500 mg/d. Efektet anësore të metforminës janë në traktin Gastrointestinal, duke përfshirë shije metalike në gojë, anoreksi të lehtë, nauze, diskomfort abdominal, diare. Ka rrezik më të ultë të hipoglikemisë neonatale dhe shtim më pak në peshë të shtatëzënjës se te përdorimi i Insulinës.

Në studimet e bëra tek fëmijët e moshës 7 – 9 vjeç të ekspozuar ndaj Metforminës gjatë periudhës fetale është vërejtë që: Peshonin më shumë dhe kishin raport më të lartë bel – ije, gjatësi dhe diametër më të lartë të belit në krahasim me fëmijët e ekspozuar ndaj Insulinës.

Ekspozimi i metforminës në studime të bëra ka rezultuar në të porsalindur më të vegjël por me rritje të shpejtuar postnatale që ka rezultuar në BMI më të lartë në fëmijëri.

ADA rekomandon të mos përdoret te pacientët me Hipertension, Preeklamsi, ose me rrezik të shtuar për zhvillimin dhe rritjen intrauterine të bebës.

Përdorimi i dy barnave njëkohësisht siç është metformina dhe glyburidi nuk rekomandohet në shtatëzani sepse nuk ka të dhëna të mjaftueshme mbi sigurinë e nënës dhe fëmijut.

Ndërsa lejohet kombinimi i Metforminës ose Glyburidit me Insulinë.

Hipoglikemia në shtatëzani definohet si nivel i glikemisë <60 mg/dL (3.3 mmol/L). Në ato raste ipen karbohidrate 10 – 20 g.

## Përcjellja e grave pas lindjes

Rezistenca Insulinike zvogëlohet pas lindjes dhe rrjedhimisht edhe nevojat për Insulinë. Gratë me histori të diabetit gestacional duhet të bëjnë OGTT (testin oral të tolerancës së glukozës me 75 gr glukozë), në javën 4-12 postpartale. Nëse testi rezulton negativ për diabet atëherë duhet të bëjnë skrining për diabet çdo 1-3 vjet. Evaluimi çdo vit mund të bëhet me matjen e glikemisë esull, HbA1c - së apo OGTT. Poashtu duhet të bëjnë skrining për diabet në rast të planifikimit të shtatëzanisë së radhës. Gratë me Diabet Gestacional kanë rrezik 10 herë më të lartë të zhvillimit të Di-

abetit melit tip 2 në krahasim me gratë pa Diabet Gestacional.

## Referencat:

- 1.American Diabetes Association. 2.Classification and Diagnosis of Diabetes; Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. Diabetes Care 2022;
- 2.American Diabetes Association. 15.Management of Diabetes in Pregnancy; Standards of Medical Care in Diabetes – 2022. Diabetes Care 2022;
- 3.Viana LV, Gross JL, Azevedo MJ. Dietary intervention in patients with gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials on maternal and newborn outcomes. Diabetes Care 2014; 37:3345.
- 4.Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH; The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus; Int J Mol Sci. 2018
- 5.Abbas Alam Choudhury, Devi Rajeswari; Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. Biomedicine & Pharmacotherapy. Volume 143, November 2021.