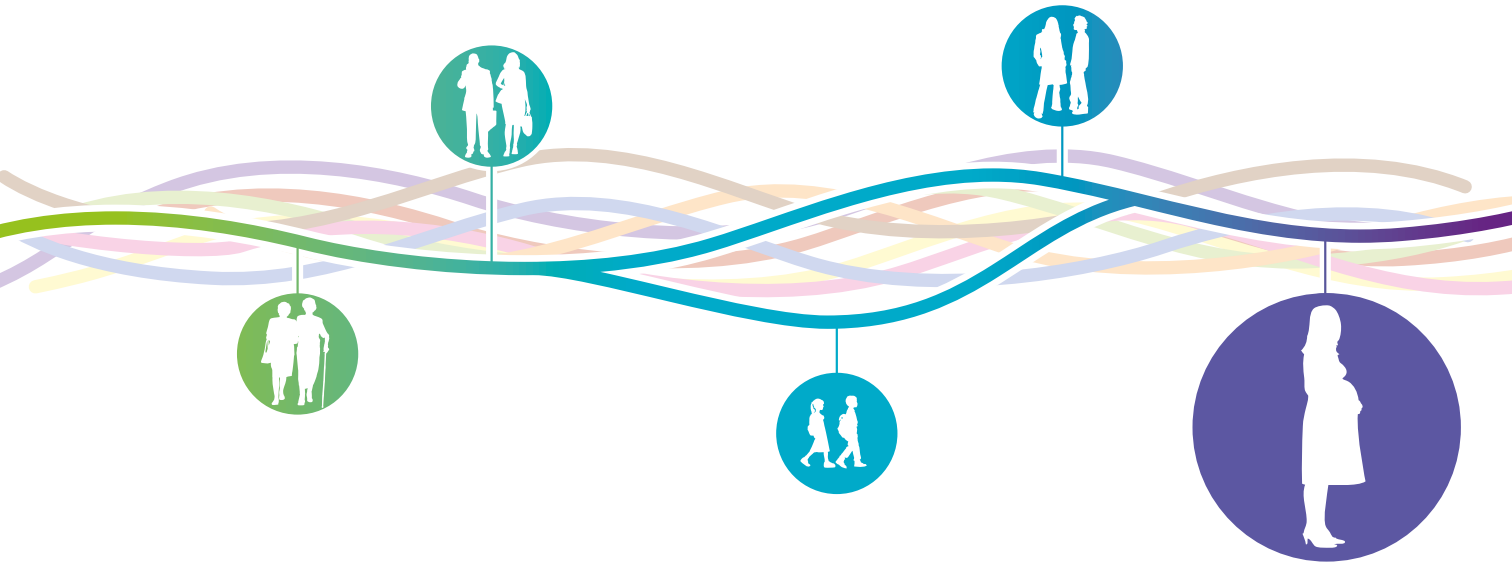


Gestationsdiabetes

Information für werdende Eltern in 11 Sprachen





A. Kautzky-Willer



P. Fasching



T. Wascher



Y. Winhofer-Stöckl

Liebe werdende Eltern!

Der vorliegende Folder soll Ihnen ein Ratgeber zum Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) und ein Wegweiser zu einer optimalen Behandlung sein. Durch eine rechtzeitige Diagnose und konsequente Therapie können Komplikationen für Mutter und Kind in der Schwangerschaft und rund um die Geburt vermieden werden. Im weiteren ist die Diagnose eines Gestationsdiabetes wichtig, um eine spätere Diabetesgefährdung der Mutter zu erkennen und die Entstehung eines Diabetes möglichst verhindern zu können.

Die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) und die „Diabetes Initiative Österreich“ (DIÖ) haben sich diesem Thema angenommen und stellen Ihnen diese Informationsbroschüre zur Verfügung. Risikofaktoren für die Entstehung eines Schwangerschaftsdiabetes, Diagnosekriterien und Behandlungsmöglichkeiten werden Ihnen darin nahegebracht. Diese Information soll Ihnen als Unterstützung zu einem normalen und unkomplizierten Schwangerschaftsverlauf dienen.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen und Ihrem Kind alles Gute und verbleiben mit den besten Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer
Präsidentin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft ÖDG

Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Yvonne Winhofer-Stöckl
Erste Sekretärin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft ÖDG

Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher
Präsident der Diabetes Initiative Österreich DIÖ

Liebe werdende Eltern!

Störungen des Zuckerstoffwechsels in der Schwangerschaft treten sehr häufig auf. Risikofaktoren dafür sind ein höheres Lebensalter der Schwangeren, Übergewicht, Adipositas und starke Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, wenn Sie früher schon einmal eine Zuckerstoffwechselstörung hatten oder wenn ein Diabetes in Ihrer Familie vorliegt. Bleibt diese Stoffwechselstörung während der Schwangerschaft unentdeckt, so kann dies gesundheitliche Schäden bei Kind und Mutter bewirken. Besonders typisch ist ein überschießendes kindliches Wachstum bei gleichzeitiger Unreife der kindlichen Organe (Makrosomie).

Eine Zuckerstoffwechselstörung in der Schwangerschaft (Gestationsdiabetes) ist aber einfach zu behandeln, wenn rechtzeitig eine Diagnose gestellt wird. In vielen Fällen ist eine Ernährungsumstellung bei gleichzeitiger Blutzuckerselbstkontrolle ausreichend. Manchmal ist eine vorübergehende Insulingabe erforderlich.

Um die rechtzeitige Diagnose eines „Schwangerschaftsdiabetes“ zu garantieren, ist ein Zuckerbelastungstest (oraler Glucosetoleranztest mit 75g Glucose) im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen zwischen der 24. und 28. SSW seit 2010 für jede Schwangere vorgesehen.

Die Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) hat sich intensiv für diese obligate Untersuchung in der Schwangerschaft eingesetzt. Diese kurzgefasste Informationsbroschüre erscheint in elf Sprachen, um allen werdenden Eltern in Österreich die gleiche Information zukommen zu lassen.

Diese mehrsprachigen Broschüren finden Sie auch auf der Homepage der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (www.oedg.org) zum Download.

Alles Gute für Sie und Ihr Kind wünschen Ihnen

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer
Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching
Vorsitzende des Ausschusses „Gender und Migration“ der ÖDG



A. Kautzky-Willer



P. Fasching



T. Wascher



Y. Winhofer-Stöckl

Dear Parents,

This folder contains advice for you about pregnancy diabetes (gestational diabetes) along with guidelines for its optimal treatment. Early diagnosis and consistent therapy can help prevent complications for both you and your baby during your pregnancy and at the time of your delivery. An early diagnosis of possible gestational diabetes will help you, the mother, become aware of its possible threat to you in the future, to help you do everything you can to avoid developing the condition later on.

The Austrian Diabetes Association (ÖDG) and the "Diabetes Initiative Österreich" (DIÖ) are addressing this topic and making this information brochure available to you. It contains information about risk factors for the development of pregnancy diabetes, diagnostic criteria and treatment options. This information will serve as a support for you and ensure that you can enjoy a normal and uncomplicated pregnancy.

In this spirit, let us take this opportunity to offer you and your child our most sincere wishes for the very best of health and happiness.

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer
President of the Austrian Diabetes Association ÖDG

Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Yvonne Winhofer-Stöckl
First secretary of the Austrian Diabetes Association ÖDG

Univ.-Prof. Dr. Thomas C. Wascher
President of the Diabetes Initiative Austria DIÖ

Dear Parents,

Disorders in glucose metabolism occur quite frequently during pregnancy. Risk factors for this condition are the mother's more advanced age, obesity, the fact that she has already had a glucose metabolism disorder in the past, or a family history of diabetes. If a glucose metabolism disorder remains undiagnosed during pregnancy, this can be hazardous to the health of both the child and the mother. A particularly frequent condition that may occur is excessive birth weight of the child along with simultaneous immaturity of the organs of his body (macrosomia).

However, a glucose metabolism disorder during pregnancy (gestational diabetes) is easy to treat if it is diagnosed early enough. In many cases, it is sufficient for the mother to adjust her diet and carry out regular checks of her blood sugar levels. Sometimes temporary treatment with insulin is the answer.

In order to guarantee that cases of 'pregnancy diabetes' are diagnosed early enough, a test of the body's ability to handle sugar (oral glucose tolerance test with 75g glucose) has been carried out for each pregnant woman since the beginning of 2010 between her 24th and 28th week of pregnancy in the context of the mother-child passport programme.

The Austrian Diabetes Association (ÖDG) has dedicated itself intensively to this obligatory test during pregnancy. This concise information brochure is available in eleven languages in order to ensure that all expectant parents in Austria receive the same information, so that every future parents in Austria will receive the same comprehensive information.

You can download these multilingual brochures on the homepage of the Austrian Diabetes Association (www.oedg.org).

We wish you and your child the very best.

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Kautzky-Willer
Prim. Univ.-Prof. Dr. Peter Fasching
Chairmen of the ÖDG committee „Gender and Migration“

Im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wird bei Ihnen zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche ein Test zur Bestimmung des Blutzuckers durchgeführt. Der Zuckerbelastungstest zeigt, ob Sie an Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) leiden.

Was ist Gestationsdiabetes?

Der Gestationsdiabetes ist eine Form der Zuckerkrankheit. Er tritt während der Schwangerschaft auf und klingt danach meist wieder ab. Ein unerkannter oder unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes kann für das ungeborene Kind gefährlich sein.

Für die Entwicklung des Gestationsdiabetes ist ein erhöhter Insulinbedarf während der Schwangerschaft verantwortlich. Insulin fördert die Aufnahme von Zucker in die Zellen. Das körpereigene Hormon wird in der Bauchspeicheldrüse produziert. Kann der Mehrbedarf nicht ausgeglichen werden, steigt der Zuckerspiegel im Blut, Diabetes entsteht.

Wer bekommt Gestationsdiabetes?

Grundsätzlich kann jede schwangere Frau Gestationsdiabetes entwickeln. Besondere Risikofaktoren sind Übergewicht vor oder starke Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, höheres Alter, eine vorbestehende Hypertonie (hoher Blutdruck) und/oder Fettwechselstörung, ein metabolisches Syndrom, eine positive Familienanamnese für Diabetes Typ2 und eine Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen die besonders stark von Diabetes betroffen sind (insbesondere asiatische Herkunft).

Wann besteht ein hohes Risiko?

Ein hohes Risiko besteht bei

- Gestationsdiabetes in einer vorangegangenen Schwangerschaft
- Geburt eines Kindes mit hohem Geburtsgewicht (≥ 4500 g)
- Totgeburt
- Mehr als 3 Fehlgeburten hintereinander
- Fehlbildungen des Kindes in einer vorangegangenen Schwangerschaft
- Diabetes-Symptome bzw. Prädiabetes in der Anamnese (Nüchternblutzucker ≥ 100 mg/dl)

Was ist ein oGTT?

Der Schwangerschaftsdiabetes verläuft oft ohne Beschwerden und wird deshalb meist erst im Rahmen des Zuckerbelastungstests, dem so genannten oralen Glukosetoleranztest (oGTT) entdeckt: Für den Test gehen Sie bitte nüchtern zur Blutabnahme. Sie erhalten dann eine Zuckerlösung zum Trinken. Der Blutzuckerwert wird nochmals nach einer und nach zwei Stunden bestimmt und gibt Aufschluss darüber, ob der Körper den Zucker normal verwerten kann.

Die Richtwerte für Glukose im venösen Blut sind: Nüchtern 92 mg/dl, nach 1 Stunde 180 mg/dl, nach 2 Stunden 153 mg/dl. Bereits bei Erreichen oder Überschreiten eines Grenzwertes zu einem der 3 Zeitpunkte spricht man definitionsgemäß vom Vorliegen eines Gestationsdiabetes.

Besprechen Sie die Befunde und mögliche Konsequenzen daraus mit Ihrem Arzt.

Wie wird Gestationsdiabetes behandelt?

Die Behandlung erfolgt individuell. Ein Diätplan sowie eine Schulung, den Blutzucker selbst zu messen und kontrollieren zu können, stehen im Zentrum der Therapie. Auch regelmäßige Bewegung sollte fester Bestandteil der Therapie sein. Wenn diese Maßnahmen nicht greifen und die Blutzuckerwerte regelmäßig überhöht sind, wird eine individuell angepasste Insulintherapie begonnen.

Was passiert nach der Schwangerschaft?

Gestationsdiabetes verschwindet nach der Geburt meist wieder. Frauen, die während der Schwangerschaft Diabetes hatten, sollten sich über Präventionsmaßnahmen, ihr erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Typ 2 Diabetes sowie das Wiederauftreten von Diabetes bei einer neuerlichen Schwangerschaft informieren. Zur besseren Kontrolle soll alle zwei Jahre ein oGTT durchgeführt werden.

Der erste OGTT soll bereits 4 bis 12 Wochen nach der Geburt eingeplant werden.

Regelmäßige Nachkontrollen sind wichtig, da Frauen nach Gestationsdiabetes sowohl ein erhöhtes Risiko für Typ 2 Diabetes als auch Herz-Kreislauferkrankungen haben und gezielte Maßnahmen das Risiko deutlich senken können.

As part of the mother-child-passport programme, you will undergo a test to determine your blood sugar level between your 24th and 28th weeks of pregnancy. The glucose tolerance test demonstrates whether you are suffering from gestational diabetes.

What is gestational diabetes?

Gestational diabetes is a form of diabetes mellitus. It occurs during pregnancy and usually disappears again afterward. Unrecognised or untreated gestational diabetes can pose a threat to your unborn child. Gestational diabetes is caused by an increased need for insulin during pregnancy. Insulin helps the cells absorb blood sugar. The pancreas produces this hormone naturally. If your body's need for additional insulin cannot be balanced, your blood sugar level becomes elevated and diabetes results.

Who develops gestational diabetes?

Theoretically, every pregnant woman may develop gestational diabetes. Particular risk factors include obesity before or significant weight gain during pregnancy, higher maternal age, pre-existing hypertension (high blood pressure) and/or lipid metabolism disorder, metabolic syndrome, a positive family history of diabetes Type 2 and membership in an ethnic group in which diabetes mellitus occurs with increased frequency (for example, being Asiatic in origin).

When does a high risk exist?

A high risk exists in the following circumstances:

- Gestational diabetes in a previous pregnancy
- Birth of a child with a high birth weight (≥ 4500 g)
- Stillbirth
- More than three consecutive miscarriages
- Deformity of the infant in a previous pregnancy
- History of diabetes symptoms or pre-diabetic syndrome (fasting blood sugar ≥ 100 mg/dl)

What is an oGTT?

Because gestational diabetes is frequently asymptomatic, it is usually only discovered by means of a so-called oral glucose tolerance test (oGTT): for this test, please have your blood taken while fasting (on an empty stomach). You will receive a sugar solution to drink. Your blood sugar level will be checked again after one hour and then after two hours, thus demonstrating whether your body is able to process sugar normally.

The standard values for glucose in venous blood are: fasting 92 mg/dl, after 1 hour 180 mg/dl, after 2 hours 153 mg/dl. By definition, even if you only reach a borderline value for one of the three points, an indication of gestational diabetes exists.

Please discuss the findings and possible consequences of these tests with your physician.

How is gestational diabetes treated?

Treatment varies from case to case. A dietary plan and instructions on how to measure and monitor your own blood sugar are the focus of therapy. Treatment will vary based on the individual. A diet plan, as well as training on how to measure and manage your own blood sugar levels, are at the heart of the therapy. For non-complicated pregnancies, physical activity forms part of the therapy plan. Regular exercise should be a fixed component of the therapy. If these measures do not correct the situation and your blood sugar values continue to be elevated, individually adapted insulin therapy will be commenced.

What will happen after my pregnancy?

Gestational diabetes usually disappears after delivery. Women who have had diabetes during a pregnancy should obtain information concerning preventive measures, their increased risk for the development of Type 2 diabetes mellitus and the possible recurrence of diabetes during a subsequent pregnancy. In the interest of better monitoring, they should undergo an oGTT every two years.

The first OGTT should be carried out 4 to 12 weeks after childbirth. Regular follow-up checks are important as women who have had gestational diabetes are at increased risk of developing type 2 diabetes and cardiovascular diseases. Targeted measures can significantly reduce this risk.

U okviru evidentiranja pregleda majka-dete za vas se sprovodi između 24. i 28. nedelje trudnoće testiranje radi utvrđivanja šećera u krvi. Ova provera šećera u krvi pokazuje da li bolujete od trudničkog dijabetesa (gestacioni dijabetes).

Šta je gestacioni dijabetes?

Gestacioni dijabetes je oblik šećerne bolesti. Javlja se tokom trudnoće i uglavnom se opet povlači. Trudnički dijabetes koji nije prepoznat ili nije lečen može biti opasan za nerođenu bebu. Za razvoj gestacionog dijabetesa je odgovorna povećana potreba za insulinom tokom trudnoće. Insulin ubrzava apsorpciju šećera u ćelijama. Taj hormon u vlastitom telu se proizvodi u gušterači. Ukoliko se ne može zadovoljiti povećana potreba, onda se povećava nivo šećera u krvi i nastaje dijabetes.

Ko dobija gestacioni dijabetes?

U osnovi svaka trudna žena može razviti gestacioni dijabetes. Posebni faktori rizika su prekomerna težina pre ili veliko dobijanje težine tokom trudnoće, starost, postojeća hipertenzija (povećan krvni pritisak) i/ ili smetnje kod razmene masti, metabolički sindrom, pozitivna anamneza u porodici za dijabetes tipa 2 i pripadnost etničkoj grupi koja je posebno ugrožena od strane dijabetesa (naročito za osobe koji su poreklom iz Azije).

Kada postoji visok rizik?

Visok rizik postoji kod:

- osoba koji su imali gestacioni dijabetes u prethodnoj trudnoći
- rođenja bebe sa prekomernom težinom (≥ 4500 g)
- mrtvog rođenja
- više od 3 uzastopnih pobačaja
- deformacije deteta u prethodnoj trudnoći
- simptoma dijabetesa odn. potencijalnog dijabetesa u anamnezi (vrednost nivoa šećera u krvi na prazan stomak je ≥ 100 mg/dl)

Šta je OGTT testiranje?

Trudnički dijabetes često protiče bez tegoba i zbog toga se otkriva tek u okviru testiranja šećera u krvi, takozvanim testom tolerancije na oralnu glukozu (OGTT): za ovaj test morate dati krv na prazan stomak. Zatim dobijate da popijete rastvor šećera. Vrednost nivoa šećera u krvi se onda opet još jednom utvrđuje nakon jednog ili dva sata i onda se dobija informacija da li telo može uobičajeno iskoristiti šećer.

Standardne vrednosti za glikozu u krvi iz vene su: na prazan stomak 92 mg/dl, nakon 1 sata 180 mg/dl, nakon 2 sata 153 mg/dl. Već kod dostizanja ili prekoračenja granične vrednosti kod jedne od 3 vremenskih tačaka možemo reći da postoji gestacioni dijabetes u skladu sa ovom definicijom.

Posavetujte se sa svojim lekarom u vezi nalaza i mogućih posledica.

Kako se gestacioni dijabetese leči?

Samo lečenje proističe individualno. U centru terapije je dijetalni plan ishrane kao i obuka kako sami da izmerite i kontrolišete nivo šećera u krvi. Redovno kretanje takođe bi trebalo da bude nepromenljivi sastavni deo terapije. U slučaju da ove mere ne donose rezultat i vrednosti šećera su redovno prekoračene, onda se počinje sa prilagođenom terapijom davanjem insulina.

Šta se dešava posle trudnoće?

Gestacioni dijabetes često nestaje nakon porođaja. Potrebno je da se žene, koje su tokom trudnoće imale dijabetes, informišu o preventivnim merama, o njihovom povećanom riziku za razvoj dijabetesa tipa 2 kao i o ponovnom nastanku dijabetesa tokom nove trudnoće. Za bolju kontrolu je potrebno sprovesti na svake dve godine OGTT testiranje.

Prva naknadna pretraga je posebno važna, kako bi mogao da se proceni dalji rizik i treba da se izvrši 8-12 nedelja nakon poroda pomoću OGTT-a. Dojenje može da umanjí Vaš vlastiti rizik i rizik Vašeg deteta da razvijete smetnju metabolizma! Prvi OGTT treba da se planira već između 4 i 12 nedelje po rođenju deteta. Redovne dodatne kontrole su važne, pošto žene posle gestacijskog dijabetesa imaju kako povećan rizik za dijabetes tipa 2 tako i za srčana oboljenja, a ciljano sprovedene mere mogu značajno da snize taj rizik.

في إطار الفحوصات الواردة في كتيب الأم والطفل ستخضعين لفحص تحديد تركيز الجلوكوز في الدم في الفترة ما بين الأسبوعين 24 و 28 من الحمل. إن اختبار تحمل الجلوكوز سيوضح ما إذا كنت تعانين من السكري الحمل.

ما هو السكري الحمل؟

إن السكري الحمل هو نوع من أنواع مرض السكري، ويحدث أثناء فترة الحمل ويختفي في الغالب بعد انتهاء الحمل. إن السكري الحمل غير المعروف أو غير المعالج يمكن أن يشكل خطورة بالنسبة للطفل الذي لم يولد بعد. وترجع الإصابة بالسكري الحمل إلى الحاجة المتزايدة إلى الإنسولين أثناء فترة الحمل. إن الإنسولين يساعد على امتصاص السكر في الخلايا وينتج الجسم بشكل طبيعي من خلال البنكرياس. وإذا لم يتم التحكم من ضبط الطلب المتزايد على الإنسولين يرتفع مستوى السكر في الدم وينشأ مرض السكري.

من الأشخاص الذين يصابون بالسكري الحمل؟

كقاعدة عامة، يمكن أن تصاب كل امرأة حامل بالسكري الحمل. والعوامل التي تنطوي على خطورة هي بوجه خاص الزيادة في الوزن أو اكتساب وزن زائد للغاية أثناء فترة الحمل، التقدم في العمر، فرط ضغط الدم (ضغط الدم العالي) و/أو اضطرابات في تغير الدهون، إحدى المتلازمات الاستقلابية، وجود تاريخ مرضي في الأسرة بالنسبة للسكري النمط 2 والانتماء إلى جماعات عرقية مصابة بالسكري (على وجه الخصوص الجماعات ذات الأصل الآسيوي).

متى توجد خطورة كبيرة؟

- توجد خطورة كبيرة في حالة:
- السكري الحمل في حمل سابق
- ولادة طفل وزنه زائد (4500 جرام أو أكثر)
- ولادة جنين ميت
- أكثر من ثلاثة إجهاضات على التوالي
- تشوه الطفل في حمل سابق
- أعراض السكري أو تاريخ مرضي في مقدمات السكري (قياس سكر الدم على الريق 100 مغ/دل أو أكثر)

ما هو oGTT؟

إن السكري الحمل كثيراً ما يمر دون شكوى ولذا يتم اكتشافه في الأغلب في إطار اختبار تحمل الجلوكوز الفموي (oGTT): لإجراء الاختبار يرجى سحب الدم على الريق، ثم ستحصلين على محلول سكري لشربه. ويتم تحديد قيمة السكر في الدم مرة أخرى بعد ساعة واحدة أو ساعتين ويعرفك إذا كان جسمك يستطيع الاستفادة من السكر على نحو طبيعي.

إن القيم المرجعية للجلوكوز في الدم الوريدي هي: على الريق 92 مغ/دل، بعد ساعة واحدة 180 مغ/دل، بعد ساعتين 153 مغ/دل. عند الوصول إلى إحدى القيم الحدية لواحد من النقاط الزمنية الثلاث أو تجاوزها فإننا بصدد السكري الحمل.

تشاروري مع طبيبك حول النتائج والعواقب المحتملة.

الحمى سكري علاج يتم كيف؟

ق ي اس على والتدري ب العلاج خطة. فردي بشكل العلاج يتم تكون أن يجب. العلاج محور هم على هم والس ي طرة الدم في الس كثر هذه تكون لم إذا. العلاج من يتجزأ لا جزءاً المن تنظيم التمارين مضخمة الدم في الجلوكوز مستويات وكانت فعالة التداوير الشخصي بالأنسولين العلاج يبدأ ، من تنظيم بشكل

الحمى؟ بعد يحدث إذا

النساء على يجب. الولادة بعد الحمل سكري ي ختفي ما عادة الوقاية تداوير معرفة الحمل فترة خلال الس كثر بداء المصابات وتكرار ، الس كثر مرض من الثاني بالأنواع الإصابة خطر زيادة ، بشكل للتحكم. الجديد الحمل حالة في الس كثر بمرض الإصابة إجراء موعد تحديدي يجب. عامين كل oGTT تنفيذي يجب ، أفضل المتابعة زيارات تعد. الولادة من أسبوعاً 12 إلى 4 بعد oGTT أول معرضات الحمل بس كثر المصابات النساء لأن مهمة المن تنظيم فضلاً الس كثر داء من الثاني بالأنواع الإصابة لخطر متزايد بشكل أن يمكن الماستهدفة والتداوير الدموية والأوعية القلب أمراض عن المخاطر هذه نم كسبب بشكل ثقيل

U okviru pretraga obuhvaćenih trudničkom knjižicom između 24. i 28. tjedna trudnoće pristupate testu radi utvrđivanja razine šećera u krvi. Test opterećenja šećerom pokazuje da li patite od trudničkog (gestacijskog) dijabetesa.

Što je gestacijski dijabetes?

Gestacijski dijabetes je jedan oblik šećerne bolesti. On se razvija tijekom trudnoće i nakon toga obično ponovno nestaje. Neprepoznati ili neliječeni trudnički dijabetes može biti opasan za nerođeno dijete. Za razvoj gestacijskog dijabetesa odgovorna je povišena potreba za inzulinom tijekom trudnoće. Inzulin potiče ulazak šećera u stanice. Ovaj prirodni hormon proizvodi se u gušterači. Ukoliko nije moguće uravnotežiti povećanu potrebu, dolazi do porasta razine šećera u krvi i nastanka dijabetesa.

Tko dobiva gestacijski dijabetes?

Gestacijski dijabetes načelno se može razviti kod svake trudnice. Posebni faktori rizika su prekomjerna težina prije trudnoće ili veliko dobivanje na težini tijekom trudnoće, visoka starosna dob, prethodna hipertenzija (visoki krvni tlak) i/ili smetnja metabolizma masti (metabolički sindrom), pozitivna obiteljska anamneza za dijabetes tipa 2 te pripadnost nekim etničkim grupama koje su osobito jako pogođene dijabetesom (osobito azijskog porijekla).

Kada postoji visok rizik?

Visok rizik postoji u sljedećim slučajevima:

- gestacijski dijabetes tijekom neke prethodne trudnoće
- rođenje djeteta velike porođajne težine (≥ 4500 g)
- rođenje mrtvog djeteta
- više od 3 uzastopna spontana pobačaja
- malformacije djeteta u jednoj od prethodnih trudnoća
- simptomi dijabetesa, odn. predijabetes u anamnezi (šećer u krvi natašte ≥ 100 mg/dl)

Što je oGTT?

Trudnički dijabetes često je prisutan bez ikakvih tegoba pa se stoga obično otkriva tek u okviru testa opterećenja šećerom, tzv. oralnog testa tolerancije glukoze (oGTT). Molimo Vas da vađenju krvi radi ovog testa pristupite natašte. Tada ćete dobiti šećernu otopinu koju trebate popiti. Vrijednost šećera u krvi ponovno se utvrđuje nakon jednog i nakon dva sata, čime se stječe uvid u to da li tijelo normalno može iskoristiti šećer.

Referentne vrijednosti za glukozu u venskoj krvi su: natašte – 92 mg/dl, nakon 1 sata – 180 mg/dl, nakon 2 sata – 153 mg/dl. Prema definiciji, već kod postizanja ili prekoračenja granične vrijednosti jednog od 3 trenutaka mjerenja govori se o postojanju gestacijskog dijabetesa.

O nalazima i o mogućim posljedicama koje iz tog proizlaze porazgovarajte sa svojim liječnikom.

Kako se liječi gestacijski dijabetes?

Liječenje se odvija individualno. Okosnicu terapije predstavljaju plan prehrane i osposobljavanje za samostalno mjerenje šećera u krvi. Redovito kretanje također bi trebalo biti stalni sastavni dio terapije. Ako ove mjere ne pomažu, a vrijednosti šećera u krvi redovito su povišene, započinje se s individualno prilagođenom inzulinskom terapijom.

Što se dešava nakon trudnoće?

Gestacijski dijabetes uglavnom ponovno nestaje nakon poroda. Žene koje su tijekom trudnoće imale dijabetes trebale bi se informirati o preventivnim mjerama, o svom povećanom riziku za razvoj dijabetesa tipa 2 kao i o mogućnosti ponovne pojave dijabetesa kod nove trudnoće. Radi bolje kontrole oGTT bi trebalo provoditi svake dvije godine.

Prvi kontrolni pregled posebno je važan za procjenu daljnjeg rizika i treba ga obaviti 8 - 12 tjedana po rođenju djeteta pomoću testa oralne podnošljivosti glukoze (oGTT). Dojenje može umanjiti rizik da Vi i Vaše dijete razvijete metabolički poremećaj!

Prvi oGTT treba se planirati već 4 do 12 tjedana nakon poroda. Važne su redovite kontrole budući da žene nakon gestacijskog dijabetesa mogu imati kako povećani rizik za dijabetes tipa 2, tako i za bolesti srca i krvnih žila, a ciljane mjere mogu znatno smanjiti ovaj rizik.

В рамках обследования, предусмотренного «паспортом матери и ребенка», между 24-ой и 28-ой неделями беременности для определения уровня содержания сахара в крови Вам будет проведен тест. Этот глюкозотолерантный тест призван определить, не наблюдается ли у Вас диабет беременных (гестационный сахарный диабет).

Что такое гестационный диабет?

Гестационный диабет – одна из форм сахарного диабета, которая возникает во время беременности и в большинстве случаев исчезает после родов. Если гестационный диабет не был диагностирован или не было проведено соответствующее лечение, это может представлять угрозу для неродившегося ребенка. Причиной развития диабета беременных является повышенная потребность в инсулине в период беременности. Инсулин способствует поступлению в клетки глюкозы. Аутогенный гормон вырабатывается поджелудочной железой. Если организм не в состоянии удовлетворить возникшую увеличившуюся потребность в инсулине, то уровень содержания сахара в крови повышается и возникает диабет.

У кого может развиться гестационный диабет?

В принципе, у каждой беременной женщины может развиться гестационный диабет. К особым факторам риска относятся: лишний вес до беременности или интенсивный набор веса в период беременности, имеющаяся до беременности гипертония (высокое кровяное давление) и/или нарушение жирового обмена, метаболический синдром, позитивный семейный анамнез на диабет второго типа и принадлежность к этнической группе высокого риска на диабет (в особенности азиатского происхождения).

Когда существует повышенный риск?

Повышенный риск существует при наличии следующих факторов:

- Гестационный диабет во время предыдущей беременности
- Рождение ребенка с повышенной массой тела при рождении (≥ 4500 г)
- Мертворождение
- Более трех абортотв подряд
- Пороки развития у детей в предыдущих беременностях
- Симптомы диабета или, соответственно, предиабет в анамнезе (Уровень сахара в крови натощак ≥ 100 мг/дл)

Что такое ОГТТ?

Диабет беременных протекает зачастую без каких-либо жалоб и поэтому определяется лишь во время глюкозотолерантного теста, так называемого орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ): на взятие пробы крови необходимо прийти натощак, после чего необходимо выпить раствор глюкозы. Последующий анализ уровня сахара в крови, который будет произведен через час, а потом еще через два часа, призван определить, способен ли организм нормально усваивать сахар. Ориентировочные значения содержания сахара в венозной крови: натощак 92 мг/дл, через 1 час 180 мг/дл, через 2 часа 153 мг/дл. Если в один из трех указанных моментов времени пока-зания теста приближаются или превышают указанные предель-ные значения, то можно с определенной вероятностью говорить о наличии гестационного диабета. Обсудите данные проведенного анализа и возможные последствия с Вашим врачом.

Как лечить гестационный диабет?

Лечение производится в индивидуальном порядке. В основу терапии положено составление плана диетического питания и обучение самостоятельному измерению и контролю уровня сахара в крови. Постоянной составляющей терапии должна быть регулярная двигательная активность. В случае если эти меры не помогают и уровень сахара в крови постоянно повышен, то начинается индивидуально согласован-ная инсулинотерапия.

Что происходит после беременности?

Гестационный диабет в большинстве случаев снова исчезает после родов. Женщины, у которых во время беременности был диабет, должны знать о методах профилактики, о наличии повышенного риска возникновения диабета второго типа, а также о повторном появлении диабета при новой беременности. Для улучшения контроля следует проходить ОГТТ каждые два года. Первое дополнительное обследование особенно важно для оценки дальнейших рисков и должно проводиться через 8 – 12 недель после рождения посредством ОГТТ. Кормление грудью может снизить риск нарушения обмена веществ у Вас и Вашего ребёнка. Первый ОГТТ должен быть запланирован уже на срок от 4 до 12 недель после родов. Важно регулярно осуществлять повторный контроль, поскольку женщины с гестационным диабетом подвержены риску заболевания диабетом второго типа, а также сердечно-сосудистым заболеваниям, а целенаправленные мероприятия могут существенно снизить риск.

En el marco de las revisiones prenatales se le realizará entre las semanas 24 y 28 de gestación un análisis para determinar los niveles de glucosa (azúcar) en sangre. Esta prueba sirve para diagnosticar si padece diabetes gestacional.

¿Qué es la diabetes gestacional?

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se produce durante el embarazo y suele desaparecer tras éste. Una diabetes gestacional que no haya sido diagnosticada o tratada puede resultar peligrosa para el bebé. La causa de que se produzca la diabetes gestacional es una mayor necesidad de insulina durante el embarazo. La insulina, hormona producida por el páncreas, facilita la absorción de azúcar por las células. Si éste no puede producir la insulina adicional necesaria, el nivel de glucosa en sangre sube dando lugar a la diabetes.

¿Quién puede padecer diabetes gestacional?

En principio, cualquier embarazada puede desarrollar la enfermedad. Los principales factores de riesgo son obesidad previa al embarazo o un aumento de peso considerable durante el mismo, la edad (a mayor edad más riesgo), padecer de hipertensión (tener la tensión alta) y/o alteraciones metabólicas, padecer de síndrome metabólico, tener antecedentes familiares de diabetes del tipo 2 o pertenecer a un grupo étnico con elevado índice de diabetes (especialmente, asiáticos).

¿Cuándo existe un alto riesgo?

Existe alto riesgo en los siguientes casos:

- haber padecido diabetes gestacional en un embarazo anterior
- haber dado a luz a un bebé de gran tamaño (más de 4500 g)
- haber dado a luz a un bebé muerto
- haber sufrido más de tres abortos naturales seguidos
- haber dado a luz a un bebé con defectos congénitos
- tener antecedentes de síntomas de diabetes o prediabetes (nivel de glucosa en ayunas de 100 mg/dl o superior)

¿Qué es el test de tolerancia oral a la glucosa?

La diabetes gestacional no presenta normalmente síntomas por lo que frecuentemente su diagnóstico se produce tras haber realizado

un test de tolerancia oral a la glucosa. Dicho test debe ser realizado en ayunas. Antes de que se le extraiga sangre, deber beber una solución azucarada. Los niveles de glucosa se medirán de nuevo a la hora y a las dos horas. Esta prueba permite obtener información sobre si el organismo puede aprovechar la glucosa con normalidad.

Los valores normales de glucosa en sangre venosa son: en ayunas, 92 mg/dl; a la hora, 180 mg/dl; y a las dos horas, 153 mg/dl. Cuando se alcance o supere alguno de los valores límite en alguno de los tres análisis de sangre se habla de diabetes gestacional.

Consulte a su médico el diagnóstico y las posibles consecuencias de éste.

¿Qué tratamiento se ha de seguir en caso de padecer diabetes gestacional?

El tratamiento es individual. Lo más importante es elaborar la dieta a seguir y aprender a medir y a controlar una misma el nivel de glucosa. El ejercicio físico regular también debe ser un componente fundamental del tratamiento. En caso de que el tratamiento no surta efecto y los niveles de glucosa sigan siendo elevados, se iniciará un tratamiento individual con insulina.

¿Qué sucede después del embarazo?

La diabetes gestacional desaparece normalmente tras el parto. Las mujeres que la hayan padecido durante el embarazo deberían informarse sobre las medidas de prevención a seguir y sobre el mayor riesgo que corren de contraer una diabetes de tipo 2 o de padecer de nuevo diabetes en un embarazo posterior. Lo mejor es realizar un test de tolerancia oral a la glucosa cada dos años.

El primer control tras el parto es sumamente importante para evaluar el riesgo y debe realizarse de 8 a 12 semanas tras el parto, mediante un test de tolerancia oral a la glucosa. ¡Amamantar puede reducir el riesgo de que usted y su hijo desarrollen una perturbación del metabolismo!

La primera prueba de tolerancia a la glucosa por vía oral debe programarse entre las 4 y 12 semanas después del nacimiento. El seguimiento regular es muy importante, ya que las mujeres que han padecido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de diabetes tipo 2, así como de enfermedades cardiovasculares, y las medidas específicas pueden reducir significativamente el riesgo.

U sklopu pretraga predviđenih u vašoj trudničkoj knjižici, provodićemo test za određivanje glukoze u krvi između 24. i 28. sedmice trudnoće. Test opterećenja šećerom pokazuje da li patite od trudničkog (gestacijskog) dijabetesa.

Šta je gestacijski dijabetes?

Gestacijski dijabetes je oblik šećerne bolesti. Javlja se tokom trudnoće i po njenom završetku u većini slučajeva jenjava. Nediagnostificiran ili neliječen, trudnički dijabetes može biti opasan po nerođeno dijete. Uzrok razvoju gestacijskog dijabetesa je povećana potreba za inzulinom tokom trudnoće. Inzulin potiče apsorpciju šećera u stanice. Ovaj hormon u tijelu proizvodi gušterača. Ukoliko se povećana potreba za inzulinom ne nadoknadi, razina šećera u krvi raste i javlja se dijabetes.

Ko dobija gestacijski dijabetes?

Gestacijski dijabetes se u načelu može javiti kod svake trudnice. Posebni činioci rizika su prekomjerna tjelesna težina prije, ili znatno povećanje tjelesne težine tokom, trudnoće, starija dob, anamneza hipertenzije (povišenog krvnog pritiska) i(li) poremećaji metabolizma masti, metabolički sindrom, pozitivna porodična anamneza dijabetesa tipa 2 i pripadnost etničkim grupama koje su naročito jako pogođene dijabetesom (posebno one azijskog porijekla).

Kada se javlja povišen rizik?

Povišen rizik se javlja

- ukoliko je trudnica imala gestacijski dijabetes tokom prijašnje trudnoće
- u slučaju rođenja krupnog djeteta (teškog, ili težeg od, 4500 g)
- u slučaju mrtvorođenja
- ukoliko je trudnica imala više od tri uzastopna pobačaja
- u slučaju deformiteta ploda tokom prijašnje trudnoće
- kod trudnica koje imaju anamnezu dijabetičkih simptoma, odnosno predijabetesa (nivo šećera u krvi natašte ≥ 100 mg/dl)

Šta je oGTT?

Gestacijski dijabetes često protiče bez komplikacija i zbog toga se većinom otkriva tokom provođenja testa opterećenja šećerom,

odnosno tzv. oralnog testa podnošenja glukoze (oGTT). Molimo, dakle, da na vađenje krvi idete praznog stomaka. Tada ćete biti zamoljeni da ispijete jednu šećernu otopinu. Nivo šećera u krvi se provjerava nakog prvog i drugog sata. Na osnovu te provjere ćemo znati da li vaše tijelo normalno može iskorištavati šećer.

Ciljne vrijednosti glukoze u venoznoj krvi su: natašte 92 mg/dl, nakon jednog sata 180 mg/dl i nakon dva sata 153 mg/dl. Ukoliko se granična vrijednost glukoze postigne ili premaši tokom jednog od pomenuta tri mjerenja, tada se po definiciji može govoriti o postojanju gestacijskog dijabetesa.

Potražite savjet ljekara u vezi s vašim nalazima i mogućim posljedicama.

Kako se liječi gestacijski dijabetes?

Liječenje se određuje pojedinačno za svaku trudnicu. Okosnicu terapije čini plan prehrane i obuka koja se trudnicama daje kako bi same mogle mjeriti i kontrolirati šećer u krvi. Redovno vježbanje tako er bi trebalo biti stalni sastavni dio terapije. Ukoliko se ove mjere pokažu neuspješnim i ukoliko vam nivo šećera u krvi redovno premašuje gornju preporučenu granicu, primjenićemo posebno za vas prilagođenu terapiju inzulinom.

Šta se događa nakon trudnoće?

Gestacijski dijabetes obično nestaje nakon porođaja. Žene koje su tokom trudnoće imale dijabetes trebaju se informirati o mjerama prevencije, povišenom riziku nastajanja dijabetesa tipa 2 kao i o mogućnosti pojavljivanja dijabetesa prilikom sljedeće trudnoće. Radi bolje kontrole, trebate odlaziti na oralni test podnošenja glukoze (oGTT) svake dvije godine.

Prvi sljedeći pregled je naročito važan radi procjene daljnjeg rizika i potrebno ga je obaviti od 8-12 sedmica nakon porođaja pomoću testa oralne podnošljivosti glukoze (oGTT). Dojenje može smanjiti rizik razvoja smetnji u razmjeni tvari za Vas i Vaše dijete!

Prvi OGTT trebao bi biti zakazan već 4 do 12 sedmica nakon poroda. Važne su redovne kontrole, jer žene s gestacijskim dijabetesom imaju povećan rizik od dijabetesa tipa 2, kao i kardiovaskularnih bolesti, a ciljane mjere mogu značajno smanjiti rizik.

Në kuadër të kontrolleve mjekësore nënë-fëmijë, midis javës së 24^{-t} dhe të 28^{-te} të shtatzënisë, kryhet një test për përcaktimin e sheqerit në gjak. Testi i sasisë së sheqerit tregon nëse ju vuani nga diabeti i shtatzënisë.

Çfarë është diabeti i shtatzënisë?

Diabeti i sheqerit është një formë e sëmundjes së sheqerit. Ai shfaqet gjatë shtatzënisë dhe zhduket më pas, në shumicën e rasteve. Një diabet shtatzënie që nuk dallohet ose nuk trajtohet mund të jetë i rrezikshëm për fëmijën e palindur akoma. Për zhvillimin e diabetit të sheqerit është përgjegjëse një nevojë e lartë insuline gjatë shtatzënisë. Insulina stimulon futjen e sheqerit në qeliza. Hormoni i vetë trupit prodhohet në pankreas. Në rast se nuk balancohet nevoja, atëherë rritet sheqeri në gjak dhe kështu shfaqet diabeti.

Kush preket nga diabeti i sheqerit?

Parimisht diabeti i sheqerit mund të shfaqet në çdo grua shtatzënë. Faktorë të rrezikshëm janë veçanërisht mbipesha para shtatzënisë ose shtimi në peshë gjatë shtatzënisë, mosha e madhe, tensioni i lartë, dhe/ose çrregullime të yndyrave, një sindromë metabolike, një anamnezë pozitive familjare për diabetin e tipit 2 dhe përkatësia në grupe etnike, të cilët janë shumë të prekur nga diabeti (sidosmos grupet etnike me prejardhje aziatike).

Kur ekziston rrezik i madh?

Një rrezik i madh ekziston në

- diabet shtatzënie në një shtatzëni të përparuar
- lindjen e një fëmije me peshë të madhe (≥ 4500 g)
- lindjen e një foshnje pajetë
- më shume se 3 aborte njëra pas tjetrës
- abort të fëmijës në një shtatzëni të përparuar
- simptoma diabeti ose paradiabeti në anamnezë (sheqeri i gjakut esëll ≥ 100 mg/dl)

Çfarë është një test oral i tolerancës së glukozës (oGTT)?

Diabeti i shtatzënisë zhvillohet shpesh pa shenja dhe zbulohet për këtë arsye në shumicën e rasteve gjatë testit të sasinë e sheqerit, të ashtuquajturit testit oral të tolerancës së glukozës (oGTT): Për të bërë testin, ju lutemi shkoni esëll për të marrë gjak. Ju do të merrni një tretës sheqeri për të pirë. Vlera e sheqerit në gjak do të përcaktohet edhe një herë pas një ose dy orësh dhe do t'ju jepen të dhëna nëse trupi mund ta përdorë normalisht sheqerin.

Vlerat referuese për glukozën në gjakun venoz janë: esëll 92 mg/dl, pas 1 ore 180 mg/dl, pas 2 orë 153 mg/dl. Në rast se arrihet ose kalohet vlera e kufizuar në një nga tre momentet, atëherë bëhet fjalë, sipas përkufizimit, për ekzistencën e një diabeti shtatzënie.

Flisni me mjekun tuaj mbi gjendjen dhe pasojat e mundshme.

Si trajtohet diabeti i sheqerit?

Trajtimi bëhet individual. Në qendër të terapisë qëndron një plan diete si dhe një mësim për ta matur dhe kontrolluar vetë sheqerin në gjak. Ushtrimi i rregullt duhet të jetë gjithashtu një pjesë integrale e terapisë. Nëse këto masa nuk veprojnë dhe vlerat e sheqerit në gjak janë vazhdimisht në rritje, atëherë fillohet me një terapi insuline e përshtatur për individin.

Çfarë ndodh pas shtatzënisë?

Në shumicën e rasteve diabeti i sheqerit zhduket sërish pas lindjes. Gra, të cilat kanë pasur diabet gjatë shtatzënisë, duhet të informohen për masat parandaluese, rrezikun për zhvillimin e një tipi 2 diabeti si dhe rishfaqjen e diabetit në një shtatzëni të re. Për një kontroll sa më të mirë, çdo dy vite duhet të kryhet një test oral i tolerancës së glukozës (oGTT)

Kontrolli i parë është veçanërisht i rëndësishëm për të vlerësuar rrezikun e mëtejshëm dhe duhet të bëhet 8-12 javë pas lindjes përmes oGTT. Qumështi i gjirit/Ushqimi me gji mund të zvogëlojë rrezikun tuaj dhe të fëmijës suaj për të zhvilluar një çrregullim metabolik!

OGTT i parë tashmë duhet të planifikohet 4 deri në 12 javë pas lindjes. Vizitat e rregullta të mëvonshme janë të rëndësishme pasi gratë me diabet gestacional janë në rrezik të lartë për diabetin tip 2, si dhe sëmundje kardiovaskulare dhe masat e synuara mund të zvogëlojnë ndjeshëm rrezikun.

Anne-Çocuk kimliği muayeneleri kapsamında 24. ve 28. gebelik haftaları arasında kan şekerinin belirlenmesi için bir test yapılmaktadır. Şeker yüklem testi sizde gebelik diyabeti (gestasyonel diyabet) olup olmadığınızı gösterir.

Gestasyonel diyabeti nedir?

Gestasyonel diyabeti bir şeker hastalığı türüdür. Gebelik sırasında meydana gelir ve genellikle sonradan yok olur. Belirlenmemiş veya tedavi edilmemiş gebelik diyabeti doğmamış çocuk için tehlikeli olabilir. Gestasyonel diyabetin gelişmesinden gebelik sırasında artmış insülin ihtiyacı sorumludur. İnsülin hücrelere şeker alımını sağlar. Vücudun kendi hormonu olan insülin pankreasta üretilir. Ekstra ihtiyaç dengelenemezse kandaki şeker seviyesi artar ve diyabet oluşur.

Kim gestasyonel diyabet geliştirir?

Genel olarak her gebe kadın gestasyonel diyabet geliştirebilir. Özel risk faktörleri arasında gebelikten önce fazla kilo veya gebelik sırasında çok kilo alma, yüksek yaş, mevcut bir hipertansiyon (yüksek kan basıncı) ve / veya hiperlipidemi, metabolik sendrom, Diyabet Tip 2 için pozitif aile anamnezi ve diyabetten özellikle etkilenen etnik gruplara aidiyet (özellikle Asya kökenli) bulunmaktadır.

Ne zaman yüksek risk vardır?

- Aşağıdaki durumlarda yüksek risk vardır
- Önceki bir gebelikte gestasyonel diyabet
 - Yüksek doğum ağırlığına sahip bir çocuğun doğumu (≥ 4500 g)
 - Ölü doğum
 - Arka arkaya 3'ten fazla düşük doğum
 - Önceki bir doğumda çocukta sakatlık
 - Anamnezde diyabet semptomları veya prediyabet (açlık şekeri ≥ 100 mg/dl)

oGTT nedir?

Gebelik diyabeti genellikle şikayetsiz gelişir ve bu nedenle ancak oral glikoz tolerans testi (oGTT) denilen şeker yüklem testiyle belirlenir: Test için lütfen aç karnına kan verin. Kan verdikten sonra içmek için şekerli sıvı alacaksınız. Kandaki şeker değeri bir saat ve iki saat sonra belirlenirken vücudunuzun şekeri normal bir biçimde işleyip işleyemediği oGTT doğumdan 4 ila 12 hafta sonra planlanmalı.

Düzenli takip kontrolleri, gestasyonel diyabet sonrası kadınlar hem Tip 2 diyabet hem de kardiyovasküler hastalıklar için artan bir riske sahiptir ve hedeflenen önlemler riski önemli ölçüde azaltabileceğinden önemlidir. i konusunda bilgi verir.

Venöz kanda glikoz için normal değerler şunlardır: Aç karnına: 92 mg/dl, 1 saat sonra: 180 mg/dl, 2 saat sonra: 153 mg/dl. Bu 3 zaman noktasından birinde sınır değerine ulaşılması veya bu değerlerin aşılması durumunda tanım itibarıyla bir gestasyonel diyabetin bulunduğundan söz edilir.

Bulguları ve olası sonuçları doktorunuzla görüşün.

Gestasyonel diyabet nasıl tedavi edilir?

Tedavi bireyseldir. Bir diyet planı ve kandaki şekeri sizin ölçüp kontrol edebilmeniz için eğitim alma tedavinin ana konusudur. Tedavinin merkezinde, bir diyet planı ve kendi kan şekerini ölçmek ve kontrol etmek amacıyla sunulan eğitim bulunmaktadır. Düzenli egzersiz de aynı zamanda tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Bu önlemleri almazsanız ve kandaki şeker değerleri düzenli olarak yüksekse bireysel olarak uyarılan bir insülin tedavisine başlanır.

Gebelikten sonra ne olur?

Çoğunlukla gestasyonel diyabet doğumdan sonra yok olur. Gebelikte diyabet olan kadınlar önlemler, tip 2 diyabet geliştirme konusunda artan risk ve yeni bir gebelikte diyabetin tekrar meydana gelmesi konularında bilgilendirilmelidir. Daha iyi kontrol altında olmak için her iki yılda bir oGTT yapılmalıdır.

Doğum sonrası ilk muayene riskin devam edip etmediğini değerlendirmek için özellikle çok önemli ve doğumdan 8-12 hafta sonra yapılmalıdır. Emzirmek, sizde ve çocuğunuzda metabolizma bozukluğu gelişme riskini azaltabilir!

İlk OGTT doğumdan 4 ila 12 hafta sonra planlanmalı. Düzenli takip kontrolleri, gestasyonel diyabet sonrası kadınlar hem Tip 2 diyabet hem de kardiyovasküler hastalıklar için artan bir riske sahiptir ve hedeflenen önlemler riski önemli ölçüde azaltabileceğinden önemlidir.

Dans le cadre des examens du carnet de maternité, vous allez subir un test de glycémie, entre les 24^{ème} et 28^{ème} semaines de grossesse. Ce test de dépistage permet de déterminer si vous souffrez de diabète de grossesse (diabète gestationnel).

Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?

Le diabète gestationnel est, comme son nom l'indique, une forme de diabète. Il survient au cours de la grossesse, et disparaît après la naissance dans la majorité des cas. S'il n'est pas décelé ou traité, le diabète de grossesse peut s'avérer dangereux pour le fœtus. C'est une augmentation du besoin en insuline au cours de la grossesse qui est responsable de cette maladie. L'insuline favorise la pénétration du sucre dans les cellules. Cette hormone propre à l'organisme est produite par le pancréas. Lorsque le besoin accru en insuline ne peut être satisfait, le taux de glycémie dans le sang augmente, et le diabète survient.

Quelles femmes sont touchées par le diabète gestationnel ?

En principe, toute femme enceinte peut être concernée par cette maladie. Cependant, il existe des facteurs de risque spécifiques, comme le surpoids ou une prise de poids importante au cours de la grossesse, un âge plus avancé, une hypertension artérielle pré-existante (pression artérielle élevée) et/ou un taux élevé de lipides dans le sang, un syndrome métabolique, des antécédents familiaux de diabète de type 2 et l'appartenance à un groupe ethnique particulièrement touché par le diabète (notamment les populations asiatiques).

A quel moment le risque est-il élevé ?

Il existe un risque élevé dans les cas suivants :

- Diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse
- Naissance d'un enfant présentant un poids élevé ($\geq 4\ 500\text{ g}$)
- Bébé mort-né
- Plus de 3 fausses couches consécutives
- Malformations de l'enfant dans le cadre d'une précédente grossesse
- Symptômes de diabète et/ou prédiabète dans l'anamnèse de la patiente (taux de sucre dans le sang à jeun $\geq 100\text{ mg/dl}$)

Qu'est-ce qu'un TTG ?

Souvent, le diabète de grossesse se développe sans engendrer de problèmes physiques apparents. Par conséquent, il est en général

dépisté uniquement grâce à un test de la charge en sucre : le test de tolérance au glucose (TTG). Pour ce test, vous devez subir une prise de sang à jeun, à la suite de laquelle vous buvez une solution à base de sucre. Le taux de sucre dans le sang est alors déterminé une nouvelle fois au bout d'une, puis de deux heures, et permet de voir si le corps peut assimiler le sucre normalement.

Les valeurs de référence du glucose dans le sang veineux sont les suivantes : à jeun 92 mg/dl, au bout d'une heure 180 mg/dl, au bout de deux heures 153 mg/dl. Lorsque l'on atteint ou que l'on dépasse la valeur seuil à l'un des trois moments de la prise de sang, on parle par définition de l'existence d'un diabète gestationnel. Nous vous invitons à discuter des résultats et des conséquences éventuelles de cette maladie avec votre médecin.

Comment le traitement du diabète gestationnel se déroule-t-il ?

Le traitement est adapté à chaque patiente. Un régime alimentaire adapté ainsi qu'une formation visant à permettre à la patiente d'évaluer et de contrôler elle-même le taux de sucre dans le corps sont au cœur du traitement. Par ailleurs, l'exercice régulier est essentiel à la thérapie. Si ces mesures ne fonctionnent pas et que le taux de sucre dans le sang reste régulièrement trop élevé, un traitement personnalisé à base d'insuline est initié.

Que se passe-t-il après la grossesse ?

Dans la majorité des cas, le diabète gestationnel disparaît après la naissance de l'enfant. Les femmes qui ont souffert de diabète au cours de leur grossesse doivent s'informer sur les mesures de prévention, le risque important de développement d'un diabète de type 2 ainsi que sur la réapparition du diabète dans le cas d'une nouvelle grossesse. Pour un meilleur contrôle, il convient de faire pratiquer un TTG tous les deux ans.

La première visite de contrôle est particulièrement importante afin de déterminer les autres risques éventuels et doit être réalisée entre 8 à 12 semaines après l'accouchement à l'aide d'un test oral de tolérance au glucose. L'allaitement peut réduire le risque que vous ou votre enfant ne développiez une maladie du métabolisme. La première HGPO doit être prévue dès 4 à 12 semaines après l'accouchement.

Un suivi médical régulier est important car les femmes après un diabète gestationnel sont exposées à un haut risque de diabète de type 2 et de maladies cardiovasculaires, et des mesures appropriées peuvent considérablement atténuer ce risque.