

## Pytanie dotyczące artykułu na temat martwych porodów

**Z** zainteresowaniem przeczytałem artykuł o martwych porodach (Silver RM. Contemporary Ob/Gyn. 2009;54[12]:35-43; Ginekologia po Dyplomie. 2010;12[3]:37-39) W tym artykule hemoglobinie glikowanej przypisano w najlepszym razie nieznaną użyteczność.

Jakie testy diagnostyczne zaleciłby dr Silver u otyłej ciężarnej z prawidłowym wynikiem testu obciążenia 50 g glukozy w 28 tygodniu ciąży zakończonej urodzeniem martwego płodu o masie ciała >5000 g w 39 tygodniu? Czy zleciłby on oznaczenie hemoglobiny glikowanej, czy stężenia glukozy w surowicy na czczo? Zakładając prawidłowe stężenie hemoglobiny glikowanej, glikemię na czczo 150 oraz prawidłowe wyniki innych testów, łącznie z wynikiem autopsji, czy uznałby on późno ujawnioną cukrzycę ciężową za przyczynę obumarcia płodu?

Russel D. Jelsema, MD  
Grand Rapids, Michigan

### Odpowiedź dr. Silvera

Dziękuję doktorowi Jelsemie za zainteresowanie moim artykułem zamieszczonym w czasopiśmie *Contemporary Ob/Gyn*. Pytanie skierowane do mnie porusza kwestię uznania niepewnej użyteczności klinicznej oznaczania hemoglobiny glikowanej.

Doktor przytacza przypadek wskazujący na cukrzycę ciężową (lub

przedciążową) u otyłej kobiety, która urodziła donoszonego noworodka z makrosomią. U ciężarnej odnotowano prawidłowe wyniki testu przesiewowego, wartości hemoglobiny glikowanej oraz podwyższoną glikemię na czczo.

Zgadzam się z doktorem Jelsemą, że skriningowe oznaczenie hemoglobiny glikowanej jest w tym przypadku bardzo pomocne. Intencją mojego artykułu było zalecenie wyłączenia oznaczania hemoglobiny glikowanej z rutynowej kompleksowej diagnostyki w każdym przypadku obumarcia płodu.

Pomimo istnienia pewnych dowodów o związku subklinicznej nietolerancji glukozy z ryzykiem urodzenia martwego płodu, u przeważającej większości ciężarnych z subkliniczną nietolerancją glukozy nie dochodzi jednak do obumarcia płodu. Stąd też szeroko zakrojony skrining należy uważać za eksperymentalny.

Uzasadnione i rekomendowane jest wykonanie oznaczenia hemoglobiny glikowanej (lub inny test w kierunku cukrzycy) w każdym przypadku klinicznego podejrzenia cukrzycy, tak jak w przedstawionej w pytaniu hipotetycznej sytuacji. To samo dotyczy wielu testów diagnostycznych, które mogłyby potencjalnie wykazać istotne, aczkolwiek nie dość częste, czynniki ryzyka lub przyczyny obumarcia płodu lub chorób, w których niemal zawsze obecne są kliniczne lub patologiczne dowody o danym schorzeniu.

W przypadku przedstawionym w pytaniu jestem skłonny uznać późno ujawnioną cukrzycę ciężową za możliwą przyczynę martwego porodu. Ciężarna urodziła płód z makrosomią i miała kliniczne objawy cukrzycy przedciążowej, najpewniej typu 2. Istnieje wiele systemów klasyfikacji przyczyn obumarcia płodów i zgodnie z niektórymi ten konkretny przypadek należałoby zakwalifikować jako zgon zależny od cukrzycy.

Zgodnie z moim doświadczeniem jest niezwykle mało prawdopodobne, aby w przebiegu znacząco podwyższonej glikemii na czczo stężenie hemoglobiny glikowanej było prawidłowe. Niezależnie od tego w następnych ciążach rozsądnie będzie z uwagą kontrolować glikemię.

Dziękuję raz jeszcze doktorowi Jelsemie za poruszenie tej istotnej kwestii, która dała mi możliwość szerszej dyskusji wyjaśniającej moje rekomendacje. Mam nadzieję, że dalsze badania oraz ich analiza przez Stillbirth Collaborative Research Network pomogą w dopracowaniu zasad optymalnego posługiwania się algorytmem skriningu w kierunku cukrzycy, będącym składową kompleksowej diagnostyki poszukującej przyczyn obumarcia płodu.

Robert M. Silver, MD  
Salt Lake City, Utah

Contemporary OB/GYN, Vol 55, No. 4, April 2010, p. 10.  
Reader raises a question about article on stillbirth.