

Diabetes in der Schwangerschaft

Das Aufkommen einer metabolischen Glucose Stoffwechselstörung in der Schwangerschaft wird in den letzten Jahren viel häufiger diagnostiziert. Dazu haben die Resultate der HAPO Studie (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes) geführt, die gezeigt haben, dass bei ansteigenden mütterlichen Blutzuckerwerten vermehrt makrosome Kinder zur Welt kommen und die Sectiorate erhöht wird. Der Einfluss betrifft auch die Inzidenz der Präeklampsie, der Frühgeborenrate, der Schulterdystokie und den Bedarf an neonataler Intensivtherapie.ⁱ ⁱⁱ Von dieser Studie wurde auch in der Schweiz ein generelles Screening in der Schwangerschaft abgeleitet. Dieses erfolgt mit einem 75g oGTT (Oraler Glukosetoleranztest) in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche. Die Inzidenz eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 in der Schwangerschaft betrifft ein bis drei Prozent aller Frauen. Ziel ist es, verschiedene Risiken während einer Schwangerschaft zu vermindern. Beispielsweise durch eine gute präkonzeptionelle Beratung bei Übergewicht und Adipositas, welche zu einer Gewichtsreduktion bei der Patientin vor der Schwangerschaft durch Lifestyle-Veränderung führt. Die Kombination von Übergewicht/Adipositas mit vorbestehendem Diabetes kann die fetale Fehlbildungsrate deutlich erhöhen.ⁱⁱⁱ Zur Vermeidung weiterer Komplikationen im Formenkreis des Plazenta Syndroms empfiehlt NICE (National Institute for Clinical Excellence) Frauen mit internistischen Erkrankungen wie Glucose Stoffwechselstörungen Aspirin cardio 100mg abends ab der 12. Schwangerschaftswoche an fortlaufend einzunehmen. Die Bestimmung des HbA_{1c} gilt als Prognosefaktor für die Entwicklung eines Gestationsdiabetes. Präkonzeptionell ist der Zielwert <7% günstig und im ersten Trimester aber ein Grenzwert >6% bereits als sicher für die Entwicklung eines Gestationsdiabetes anzusehen.^{iv} Grosse Fachverbände wie ACOG (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists) oder NIH (National Institutes of Health) unterstützen die 75g oGTT Kriterien aber nicht, weil die Metaanalysen, die eine Risikoreduktion beweisen, weiterhin fehlen. Doch die fetale und neonatale Mortalität in der Schweiz ist bei einer Glucose-Stoffwechselstörung doppelt so hoch wie bei der Normalbevölkerung (vier bis fünf Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten). Die vermehrte Überwachung erfordert zusätzliche ökonomische Ressourcen. Am Spital Bülach findet nach Diagnosestellung in der Schwangerschaft eine Ernährungsberatung statt, damit die Schwangere ihren Anteil an Kohlehydraten in der Ernährung senkt. Durch die regelmässige Blutzuckerselbstmessung (BZ nü ≤5.3, 1.h pp ≤8.0, 2.h pp. ≤ 7.0 mmol/l) wird die Basis geschaffen, zwischen diätetisch, insulinabhängigen und schlecht einstellbaren Formen zu unterscheiden. Entsprechend kontrollieren wir bei unseren Schwangeren in der diätetischen Gruppe sonografisch das Wachstum alle drei Wochen ab der 32. Schwangerschaftswoche und empfehlen eine Geburtseinleitung erst Ende der 41. Schwangerschaftswoche. In der Gruppe der mit Insulin behandelten Schwangeren ergänzt sich die Überwachung ab der 37. Schwangerschaftswoche mit einem CTG wöchentlich. Wir empfehlen die Geburtseinleitung ab dem Geburtstermin. Der schlecht einstellbare Gestationsdiabetes wird engmaschig ab der 34. Schwangerschaftswoche begleitet und die Geburtseinleitung in der 39. Schwangerschaftswoche angestrebt. Schwangere mit Diabetes Typ 1 und 2 erhalten ebenfalls eine intensivere Betreuung ab der 32. Schwangerschaftswoche. Sechs Wochen nach der Geburt ist es erneut empfohlen, den oGTT zu wiederholen.^v Am Spital Bülach übernehmen wir daher gerne die Kontrollen von Schwangerschaften ab Beginn der 39. Schwangerschaftswoche, bei denen eine Glucose-Stoffwechselstörung diagnostiziert wurde.

Bei Fragen stehe Ihnen [Dr. med. Martin L. Kaufmann, Chefarzt Klinik Gynäkologie & Geburtshilfe](#), gerne zur Verfügung.

ⁱ HAPO Study Cooperative Research Group. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR, Hadden DR, McCance DR, Hod M, McIntyre HD, Oats JJ, Persson B, Rogers MS, Sacks DA: Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study Cooperative Research Group Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008;358:1991–2002

ⁱⁱ International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care 2010;33:676-82

ⁱⁱⁱ Parnell AS, Correa A, Reece EA Pre-pregnancy Obesity as a Modifier of Gestational Diabetes and Birth Defects Associations: A Systematic Review Matern Child Health J. 2017 May;21(5):1105-1120.

^{iv} Amylidi S, Mosimann B, Stettler C et al. First-trimester glycosylated hemoglobin in women at high risk for gestational diabetes. Acta Obstet Gynecol Scand 2016;95:93-7.

^v [www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/37_Screening des Gestationsdiabetes 2011.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/37_Screening_des_Gestationsdiabetes_2011.pdf)