

Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft

Bewiesenes zum Thema

Patienteninformation für das Medizinische Versorgungszentrum,
Wilhelmsplatz 11, 70182 Stuttgart, Autoren: Rainer und Petra Wiedemann
T 0711 / 6336131 F 0711 / 2487425 www.vorbeuge-medizin.com

Sehr geehrter Leser,
diese Gesundheitsinformation gibt Ihnen abgesichertes medizinisches Wissen zur Untersuchung auf Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft (Gestationsdiabetes, GDM). Die Gesundheitsinformation berücksichtigt die zuverlässigsten Studien weltweit und ist damit die wirksamste Maßnahme, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden.

Um es vorweg zu nehmen, **Ihre Entscheidung für oder gegen den Test, ist durch keine guten Studien gestützt** – der Test hat Nachteile, bei begrenztem Nutzen.

Die Häufigkeit: In Deutschland liegt der Anteil von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes 2009 bei 3,4% (21.953 Fälle bei fast 700.000 Schwangeren). Vermehrt sind Frauen mit erheblichem Übergewicht betroffen.

Das Angebot: Schwangere können in den Schwangerschaftswochen 24+0 bis 27+6 SSW („6./7. Monat“) mit einem standardisierten Zuckertest (Trinken von 75-g Zuckerlösung, oraler Glukosetoleranztest, oGTT) auf das Vorliegen eines Gestationsdiabetes untersucht werden. Als Gestationsdiabetes wird das Erreichen oder Überschreiten von **mindestens einem** der drei Grenzwerte im Blut (venöses Plasma) gewertet (nüchtern **92** mg/dl, 1 Stunde nach Test **180** und nach 2 Stunden **153**). Diese Werte sind niedriger angesetzt, als sie für die Diagnose des Diabetes außerhalb einer Schwangerschaft gelten (nüchtern **126** mg/d, 2 Stundenwert über **199**).

Die Grenzwerte sind von Experten ohne harte Daten empfohlen und nicht so festgelegt, dass Kinder mit Werten darüber Nachteile haben (oder Vorteile bei Werten darunter). Außerdem ist ein einzelner Belastungstest nicht verlässlich und nur ein schwacher Indikator für ein makrosomes (auffällig großes) Kind.

Long H; Diagnosing gestational diabetes: can expert opinions replace scientific evidence? Diabetologia (Jun 2011)

Das Ergebnis: Durch den Test und die niedrigeren Grenzwerte wird die Zahl der Schwangeren mit Gestationsdiabetes mindestens verdoppelt bis vervierfacht. **18%** der Schwangeren (jede 5. Schwangere) erhalten die Diagnose.

Es werden in der Folge mehr Frauen erkannt, die ein zu großes Kind haben („Makrosomie“) und vermehrt Fruchtwasser. Durch die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wird die Zahl der Schulterdystokien (Geburtshindernis bei großem Kind) gesenkt, nicht aber die Zahl toter Kinder und nicht die Zahl von Schwangerschaftsvergiftungen (Gestose).

Die Behandlungen (Diät, Sport, Insulin): **Die Wirkung ist nicht hoch** (NNT 43), bei unbekanntem Risiken. Ab 32 Wochen ist der Wert einer Behandlung sehr fraglich, da sich die Makrosomie (großes Kind) wohl nicht mehr beeinflussen lässt. Weltweit gibt es nur 2 verlässlichere Studien, die von Crowther 2005 und die von Landon 2008. Daraus ergibt sich, dass man 43 Frauen behandeln müsste, um eine Schwangerschaftskomplikation zu vermeiden. Das bedeutet, 42 Frauen werden ohne Nutzen behandelt.

Alternativen: Wir messen **vor oder früher in der Schwangerschaft** bei Risikogruppen. Das könnten sinnvolle Bausteine der Schwangerenüberwachung sein?

HBA1c, Insulin und der Nüchternzucker sind die besten Werte für eine RISIKOEINSCHÄTZUNG.

Bei Fragen und Anmerkungen wenden Sie sich bitte an die Autoren unter info@vorbeuge-medizin.com. Die Literatur zum Thema wurde am 02.02.17 systematisch erstellt, sie ist umfassend, aktuell und soll verständlich sein. Patienten sind in die Erstellung einbezogen worden. Die Methodik und die verwendete Literatur sind unter www.christian-lauritzen-institut.de nachzulesen.

Tieu et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007222

Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnostik, Therapie u. Nachsorge. 2011

Hartling L et al. Ann Intern Med. Published online May 28, 2013.

Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period (NG3) NICE guidelines [NG3] Published date: February 2015