

Teil 2: Postpartale Betreuung und Nachbetreuung

Gestationsdiabetes: Eine multidisziplinäre Herausforderung

Die Diabetesinzidenz nimmt global stark zu. Auch beim Schwangerschaftsdiabetes wird eine solche Zunahme beobachtet. 5–10% aller Schwangeren sind betroffen. Risikofaktoren sind unter anderem Alter, Übergewicht, persönliche und familiäre Belastung sowie Herkunft. Die Behandlung des Gestationsdiabetes ist eine multidisziplinäre Herausforderung, in der der Hausarzt in der Nachbetreuung einen grossen Stellenwert hat.

Nachdem in der Märzangabe dieser Zeitschrift über den Gestationsdiabetes und das Management während der Schwangerschaft berichtet wurde, widmet sich dieser zweite Teil dem peri- und postpartalen Vorgehen sowie dem grossen Stellenwert der Nachbetreuung.

Geburtszeitpunkt und Management während der Geburt

Weiterhin gibt es wenige Studien bezüglich optimalem Geburtszeitpunkt bei Patientinnen mit Gestationsdiabetes. Generell wird empfohlen, eine Geburt spätestens am errechneten Termin anzustreben. Ältere Daten zeigten, dass bei Schwangeren mit insulinpflichtigem Gestationsdiabetes und Einleitung am Termin die Rate an grossen Kindern >90. Perzentile von 23% auf 10% gesenkt werden konnte (1). Die Amerikanische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie rät wegen der erhöhten Rate an Schulterdystokien, dass Schwangere mit einem geschätzten kindlichen Gewicht von >4500g per Kaiserschnitt entbinden sollten (2). Während der Geburt werden Blutzuckerwerte in einem Bereich zw. 4–7 mmol/l empfohlen, vor allem um das Risiko von neonatalen Hypoglykämien, Asphyxie sowie pathologischen Herzfrequenzen zu vermeiden (3). Die Amerikanische Diabetes-Gesellschaft (ADA) gibt diesbezüglich aber keine klaren Therapievorgaben; sie überlässt das Therapieregime dem behandelnden Arzt. Unmittelbar nach der Geburt kommt es durch den Wegfall der plazentaren Hormone zu einer deutlich verbesserten Insulinsensitivität. Deshalb werden Gestationsdiabetikerinnen unter Insulintherapie instruiert, die Insulintherapie unmittelbar nach Geburt des Kindes zu stoppen.

Postpartale Betreuung – Wechsel der Betreuung vom Gynäkologen zum Hausarzt

Nach der intensiven Betreuung der Frauen mit Gestationsdiabetes während der Schwangerschaft sollte nicht verpasst werden, eine postpartale Standortbestimmung sowie Festlegung der langfristigen Verlaufsuntersuchungen durchzuführen.

Schnittstelle hierfür ist meist die gynäkologische Kontrolle 6–8 Wochen postpartal, bei welcher neben der Evaluation des Glukosemetabolismus (oGTT), der Planung der Verhütungsmassnahmen



Dr. med. Gabriele Althof
Bern

Dr. med. Amineh Troendle
Bern

und der Ermutigung zum weiteren Stillen auch die Präventionsmassnahmen zur Vermeidung/ zum Hinauszögern einer Diabeteserkrankung besprochen werden. Im Folgenden werden die Punkte einzeln kurz erläutert:

Evaluation des Glukosemetabolismus

Frauen mit Gestationsdiabetes haben ein erhöhtes Risiko, im späteren Leben an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken. Verschiedene Studien zeigten, dass ca. 35–60% der Frauen mit Gestationsdiabetes in den ersten 10 Jahren nach Geburt eine Diabeteserkrankung entwickeln (4). Hinter der Diagnose eines Gestationsdiabetes können sich in selteneren Fällen auch andere Diabetesformen, die während der Schwangerschaft entdeckt/manifest wurden, verstecken.

Deshalb wird empfohlen, während der ersten Tage nach der Geburt die Blutzuckerwerte weiter zu monitorisieren (nüchtern/Randomglukose), um persistierend erhöhte Werte nicht zu verpassen (4). Wir empfehlen unseren Patientinnen in den ersten 3 Tagen nach der Geburt Blutzuckertagesprofile nüchtern und jeweils präprandial zu messen. Werte bis in den prädiabetischen Bereich werden toleriert (bis 6.9 mmol/l).

Die allgemeine Empfehlung – im Expertenbrief No. 37 der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe festgehalten – lautet, anlässlich der gynäkologischen Routinekontrolle 6–8 Wochen postpartal ein erneutes Screening durchzuführen, entweder mit Bestimmung des Nüchtern-Blutzuckers (<7 mmol/l) und/oder eines oGTT mit 75 g Glucose (2 Stunden postprandial <11.1 mmol/l) und/oder die HbA1c-Bestimmung (<6.5%). Im Allgemeinen wird zu diesem Zeitpunkt ein oGTT durchgeführt. Dieses Screening sollte – je nach Risikofaktoren – alle 1–3 Jahre wiederholt werden (5). Eine Kosten-Effizienz-Studie 2007 zeigte, dass ein Screening mittels oGTT alle 3 Jahre die tiefsten Kosten (pro entdeckten Diabetesfall) generierte (6). Ob diese Untersu-

chungsart flächendeckend in den Hausarztpraxen umgesetzt werden kann, bleibt dahingestellt.

Da sich die Empfehlungen der verschiedenen Länder nicht vollumfänglich decken, haben wir versucht, anhand des Flowcharts in Abbildung 1 den Ablauf der verschiedenen Untersuchungen sowie die daraus resultierende Konsequenz zusammenzufassen (5, 7).

Stillen

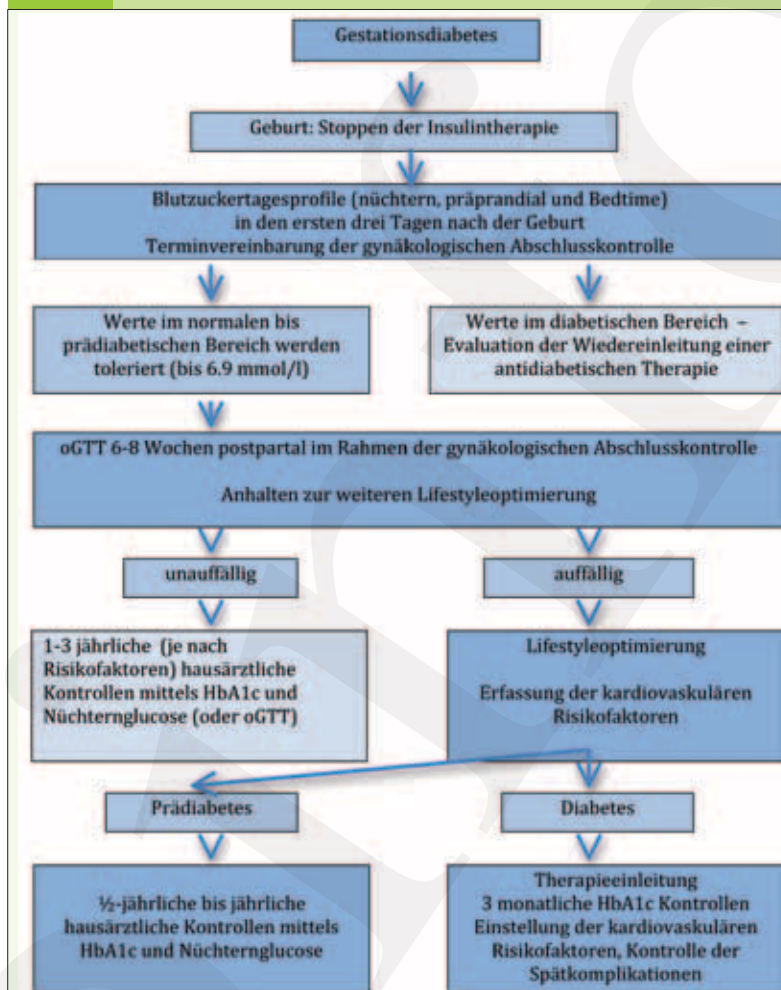
Alle Frauen mit Gestationsdiabetes sollten unterstützt und ermutigt werden zu stillen. Neben den ernährungstechnischen und immunologischen Vorteilen hat Stillen auch langfristig einen günstigen Einfluss auf die metabolische Entwicklung bei Mutter und Kind (8). Stillen scheint ausserdem die Insulinsensitivität peripher zu steigern und auch auf die Insulinsekretion einen günstigen Einfluss zu haben. Eine Studie (9) konnte zeigen, dass nach einer Stillzeit von mindestens 3 Monaten das Risiko für einen späteren Diabetes mellitus Typ 2 um ca. 40% gesenkt werden konnte. Im Rahmen der 5. Internationalen Workshopkonferenz wird ein Stillen solange als möglich während des ersten Lebensjahres des Kindes empfohlen (4).

Verhütungsmassnahmen und weitere Schwangerschaftsplanungen

Es wird empfohlen, frühzeitig – 6-8 Wochen nach der Geburt – mit den Verhütungsmassnahmen zu beginnen. Bei Frauen mit St. n. Gestationsdiabetes sollte vor Planung der nächsten Schwangerschaft eine Evaluation der Glukosetoleranz mittels oGTT erfolgen. Falls pathologisch, sollte eine Therapie eingeleitet werden bevor die Verhütungsmassnahmen unterbrochen werden (4). Ziel ist es eine optimale Blutzuckerkontrolle präkonzeptionell zu erreichen zur Vermeidung von kongenitalen Fehlbildungen und Frühaborten im ersten Trimenon.

ABB. 1

Flowchart zur Festlegung der Langzeitbetreuung bei Gestationsdiabetes



angelehnt an den Expertenbrief Nr. 37, Screening des Gestationsdiabetes, Gynecologie suisse (5)

Take-Home Message

- ◆ Bei Gestationsdiabetikerinnen unter Insulintherapie wird diese bei Geburt gestoppt
- ◆ Nach Geburt normalisiert sich der Glukosehaushalt bei den meisten Patientinnen.
- ◆ 6-8 Wochen postpartal wird erneut ein oGTT durchgeführt, meist im Rahmen der gynäkologischen Abschlusskontrolle. Dieser dokumentiert die Normalisierung des Glukosehaushaltes postpartal
- ◆ Die Rolle des Hausarztes liegt vor allem in der Langzeitbetreuung nach der Schwangerschaft. Jährliche Kontrollen mittels HbA1c und Nüchternblutglucose (oder oGTT) sind empfohlen
- ◆ Vor weiteren Schwangerschaften und vor Absetzen der Antikonzeptiva wird ein oGTT empfohlen und falls nötig sollte eine Behandlung eingeleitet werden, um Fehlbildungen und Frühaborte in der Frühschwangerschaft zu vermeiden
- ◆ Innerhalb von 10 Jahren wird bei 35-60% der Gestationsdiabetikerinnen eine Diabeteserkrankung manifest

Prävention eines Diabetes mellitus Typ 2

Die Diagnose eines Gestationsdiabetes und somit die Erfassung des erhöhten Risikos, im späteren Leben an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, bietet die einzigartige Möglichkeit, früh im Leben konsequente Massnahmen zur Prävention zu ergreifen. Therapie der ersten Wahl ist die Lifestyleoptimierung. Es ist die Aufgabe des multidisziplinären Behandlungsteams (Gynäkologe, Hebamme, Diabetes- und Ernährungsberatung, Diabetologe), die Patientinnen und deren weiter betreuende (Haus-)ärzte dahingehend zu schulen und zu unterstützen.

Dr. med. Amineh Troendle

FMH Diabetologie und Endokrinologie/FMH Innere Medizin

Dr. med. Gabriele Althof

FMH Allgemeine Innere Medizin

Assistenzärztin für Endokrinologie und Diabetologie

Praxis Dr. med. A. Troendle am Lindenhofspital

Bremgartenstrasse 119, 3001 Bern

gabriele.althof@lindenhofgruppe.ch

■ **Interessenkonflikt:** Die Autorinnen haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

1. Kjos SL et al. Insulin-Requiring Diabetes in Pregnancy: A Randomized Trial of Active Induction of Labor and Expectant Management 1993;611-5
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No.137: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol.2013;122:406-16
3. Blumer I et al. Diabetes and Pregnancy, An Endocrine Society Clinical practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2013;98: 4227-49
4. Metzger BE et al. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007;30, Supplement 2: S251-60
5. Boulvain M et al. Expertenbrief No 37, Screening des Gestationsdiabetes, Gynecologie suisse
6. Kim C et al. Efficacy and Cost of Postpartum Screening Strategies for Diabetes Among Women with Histories of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2007;30(5) :1102-6
7. Management of Diabetes in Pregnancy, Position Statement American Diabetes Association, Diabetes Care 2015; 38 (Suppl.1):S77-79/ DOI:10.2337/dc15-S015
8. Pereira PF et al. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. J Pediatr (Rio J) 2014;90:7-15
9. Ziegler A-G et al. Long Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women with Recent Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes 2012;61(12):3167-71