

# Diabetes in der Schwangerschaft – weiterhin eine große Herausforderung



U. Schäfer-Graf

## Gynäkologie, Diabetologie

### Schlüsselwörter

- ▶ Gestationsdiabetes
- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ Schwangerschaft

### Key words

- ▶ gestational diabetes
- ▶ diabetes mellitus
- ▶ pregnancy

### Institut

Vivantes Kompetenzzentrum für Diabetes und Schwangerschaft, Klinik für Geburtsmedizin, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

### Bibliografie

#### DOI

Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 1–1 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472

### Korrespondenz

#### PD Dr. Ute Schäfer-Graf

Vivantes Kompetenzzentrum für Diabetes und Schwangerschaft  
Klinik für Geburtsmedizin  
Vivantes Klinikum Neukölln  
Rudower Straße 48  
12351 Berlin  
Tel. 030/130-14-8486/8248  
Fax 030/130-14-8599  
eMail  
ute.schaefer-graf@vivantes.de

Diabetikerinnen haben heutzutage eine große Chance, wie jede andere Frau eine spontane Geburt eines gesunden, lebensfrischen Kindes am Termin zu erleben. Aber das Ziel ist nur mit großem Einsatz aller beteiligten medizinischen Disziplinen und vor allem der Frauen zu erreichen. Ich bin voller Hochachtung vor der Leistung von Diabetikerinnen, ihr Leben 10 Monate lang so eingreifend vom Bestreben nach optimaler Blutzuckerkontrolle bestimmen zu lassen und die Berg- und Talfahrt ihrer Blutzuckerwerte zu meistern, und das alles noch mit einem ständig schlechtem Gewissen ihrem Kind gegenüber, wenn sie eine schlechte Phase haben. Das gilt in etwas eingeschränkter Ausprägung auch für Schwangere mit Gestationsdiabetes (GDM). Sie haben zwar meist nicht so ausgeprägte Blutzuckerschwankungen und Hyperglykämien, aber dafür müssen sie in der Schwangerschaft, in der „frau“ eigentlich nur genießen möchte, innerhalb kürzester Zeit lernen, „als Diabetikerin“ zu leben.

Während die Unterstützung bei der Stoffwechselkontrolle im Allgemeinen bei den Diabetologen liegt, kommt uns Geburtswissenschaftlerinnen die Aufgabe zu, schwangerschaftsbedingte Komplikationen bei der Mutter rechtzeitig zu erkennen und uns vom Wohlbefinden des Kindes zu überzeugen. Mit letzterem haben wir sicher, den Diabetologen gegenüber, die goldene Karte gezogen: Können wir doch durch die Möglichkeit des Ultraschalls die Schwangere immer wieder damit erfreuen, dass wir ihr das Ergebnis ihrer Bemühungen zeigen. Ich plädiere für engmaschige Ultraschallkontrollen (3-wöchig) bei allen diabetischen Schwangeren nicht nur aus „medizinischen“ Gründen, sondern auch zur Motivation, so weiter zu machen oder noch ein bisschen an der Optimierung zu arbeiten, je nachdem wie das Wachstumsmuster des Kindes ist. Und damit sind wir bei einem Bereich in der Betreuung von Schwangeren mit Diabetes, der mir sehr am Herzen liegt und wo Diabetologen und Geburtswissenschaftler sich hervorragend ergänzen können, im Sinne von Mutter und Kind: In einer Studie meiner Arbeitsgruppe haben wir untersucht, inwieweit durch die Einbeziehung des Wachstums des Kindes, explizit des Abdominalumfangs des Feten, intensivierte Therapie gezielt nur bei Schwangerschaften mit möglicher fetaler Gefährdung eingesetzt werden kann. Der Bauchumfang korreliert recht gut mit den fetalen Insulinspiegeln, da die individuellen Größenunterschiede erheblich durch die Dicke des insulinresistenten subkutanen Fettgewebes bestimmt werden. Vier randomisierte Studien haben inzwischen bei GDM bewiesen, dass eine großzügige Indikation zur Insulintherapie bei

vergrößertem Abdominalumfang die Rate an übergewichtigen Neugeborenen und neonatalen Komplikationen reduzieren kann.

Leider wird von den Diabetologen der andere Aspekt dieses „wachstumsadaptierten“ Managements außer Acht gelassen: Alle Studien bewiesen auch, dass bei **normalem Wachstum des Feten** die definierten Zielwerte für die Stoffwechseleinstellung in der Schwangerschaft nicht streng eingehalten werden müssen und damit einem nicht unerheblichem Anteil der Frauen mit GDM eine Insulintherapie erspart werden kann, ohne dass es zu einem schlechteren Schwangerschaftsergebnis kommt. Ganz im Gegenteil: es werden weniger wachstumsretardierte Kinder geboren, die nicht nur neonatale Probleme haben, sondern genau wie zu schwere, makrosome Kinder langfristig ein erhöhtes Risiko für Adipositas und Diabetes haben. Mütterliche Blutzuckerwerte scheinen nur bedingt prädiktiv zu sein für die intrauterine metabolische Situation des Kindes: der Transfer durch die Plazenta, der eigene Substratverbrauch der Plazenta, die individuelle Empfindlichkeit der Feten auf eine erhöhte mütterliche Zufuhr von Glukose und der Einfluss anderer mütterlicher Stoffwechselfparameter – lauter Unbekannte in der Gleichung. Für Interessierte: In einer Übersicht ist der neuste wissenschaftliche Stand des „fetal-growth-based management“ zusammengefasst (Kjos S, Schaefer-Graf U. Diabetes Care 2007; 30: S200–205). Leider erfreut sich nur der Aspekt der großzügigen Insulinindikation bei großem Abdominalumfang großer Akzeptanz, nicht aber die Entlastung der Schwangeren von Insulintherapie bei normalem Wachstum. Eine Arbeitsgruppe aus einer deutschen Universitätsklinik, die alle Frauen ohne Einschränkung einer sehr strengen Stoffwechselkontrolle unterzog **und** eine Insulintherapie bei Bauchumfang > 75. Perzentile vornahm, berichtete aktuell über eine Rate von 30% wachstumsretardierte Kindern. Man muss leider sagen, dass ist Übertherapie auf Kosten von Mutter und Kind, und die Kollegen haben die Chance einer gezielten, am Risiko für das Kind orientierten Therapie verpasst. Dieses einseitige Vorgehen führt zu mehr Traumatisierung der Schwangeren – ein Vorwurf, der ohnehin schon die Debatte um die Einführung eines Screenings auf GDM in Deutschland schwer belastet –, zu mehr Insulintherapie und mehr Pathologie. Ich fühle mich als Advokatin der Schwangeren und mir tut es leid um jede Frau, die ich in der Schwangerschaft mit Insulintherapie und strenger Stoffwechselkontrolle belasten muss und der ich damit, da dürfen wir uns nichts vormachen, ein Stück Freude an der Schwangerschaft nehme.