

Gestationsdiabetes (GDM)

Der GDM oder Schwangerschaftsdiabetes ist die in der Schwangerschaft aufgetretene oder diagnostizierte diabetische Stoffwechselstörung. Es kann sich hier, wie es meist der Fall ist, um eine Stoffwechselstörung handeln, die erstmals aufgetreten ist, in seltenen Fällen wird aber auch eine diabetische Erkrankung erstmals diagnostiziert, die bereits vor der Schwangerschaft, bisher unerkannt, bestanden hat. In diesem seltenen Fall kann es sich um einen Diabetes mellitus Typ 2 oder Typ 1 handeln. Sie werden selbstverständlich darüber informiert sollte dieser seltene Fall bei Ihnen zutreffen. Ein besonderes Risiko während der Schwangerschaft eine diabetische Stoffwechselerkrankung zu entwickeln besteht bei folgenden Frauen:

- Übergewichtige Frauen
- Frauen mit erstgradigen Verwandten (Eltern, Geschwister) mit Diabetes
- Nach 3 Fehlgeburten
- Bereits ein Neugeborenes schwerer als 4500gr
- Bereits ein Kind mit schweren Fehlbildungen
- GDM in einer vorangegangenen Schwangerschaft
- Totgeburt in der Vorgeschichte

Warum die Suche nach einem GDM Sinn macht:

Diabetes mellitus (Typ 2) ist eine stark vererbte Stoffwechselerkrankung. Sie betrifft mittlerweile 8 – 10% der Bevölkerung, in vielen Fällen verläuft sie bereits unerkannt und wird erst aufgrund aufgetretener Komplikationen diagnostiziert.

Frauen können also die Veranlagung in fortgeschrittenem Alter einen Diabetes zu entwickeln, in sich tragen.

Die durch die Plazenta, zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaft gebildeten Hormone wirken dem Blutzucker senkenden Hormon Insulin, welches in der Bauchspeicheldrüse gebildet wird, entgegen. Somit benötigt jede Schwangere, im Verlauf der Schwangerschaft bis zur 3-fachen Menge an Insulin, um einen niedrigen Blutzucker zu halten.

Frauen die eine Veranlagung zur Entwicklung eines Diabetes haben, sind im Verlauf der Schwangerschaft, aufgrund verminderter Insulinproduktion, extrem gesteigertem Widerstand des Gewebes gegenüber der Insulinwirkung oder diverser anderer Faktoren, nicht in der Lage diese 3-fach gesteigerte Insulinwirkung oder Menge bereit zu stellen.

Folge ist ein steigender Blutzucker, besonders nach den Mahlzeiten, gelegentlich jedoch auch oder nur morgens, nüchtern.

Um diesbezüglich einen sicheren und komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf sicherzustellen, sollte die Suche nach einem GDM bei jeder Schwangeren durchgeführt werden.

Seit April 2012 ist ein generelles Screening auf einen GDM für alle Schwangeren Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien.

Suchtest:

Bei Durchführung eines zweizeitigen Vorgehens empfiehlt es sich in der 24. – 27. Schwangerschaftswoche einen sogenannten **Suchtest** durchzuführen.

Ihr/e Betreuende/r Gynäkologe/in wird sie hierauf aufmerksam gemacht haben. Eine Stunde nach oraler Gabe von 50g Glukose (nicht nüchtern) wird der Blutzucker (Plasmaglukose) bestimmt. Bei Werten ≥ 135 mg/dl (7,5 mmol/L) soll ein oraler Glukosetoleranztest (oGTT) **zeitnah** angeschlossen werden.

Diagnosestellung/Diagnosekriterien:

Bislang waren die Diagnosekriterien sehr uneinheitlich. Auch das untersuchte Material (Blut aus der Fingerbeere oder aus der Vene, Vollblut oder Plasma...). Mittlerweile hat man sich auf venöses Plasma geeinigt. Nach einer Nüchternphase von etwa 8 Stunden wird in der Praxis der erste Blutzuckerwert (nüchtern BZ) erhoben. Es folgt der Glukosetrunk (75g Glukose, getrunken innerhalb 5-10 Minuten). Danach Bestimmung des Blutzuckers nach einer- und zwei Stunden. Bei Erreichen oder Überschreiten folgender Grenzwerte wird ein Schwangerschaftsdiabetes angenommen:

nüchtern BZ:	92 mg/dl (5,1mmol/L)
BZ nach einer Std.:	180 mg/dl (10 mmol/L)
BZ nach zwei Std.:	153 mg/dl (8,5 mmol/L)

Was bewirken erhöhte Blutzuckerwerte der Mutter während der Schwangerschaft:

Ab der 20. – 24. Schwangerschaftswoche beginnen die Kinder das Fruchtwasser zu trinken. Erhöhte Blutzuckerwerte der Mutter führen dazu, dass das Kind eine erhöhte Zuckernahrung über die Plazenta erhält. Das verspätet oder vermindert produzierte Insulin der Mutter, welches den Blutzucker im mütterlichen Kreislauf senken kann gelangt nicht zum Kind um dort auch den Zucker zu senken. Die Kinder scheiden den über das Nabelvenenblut zugeführten Zucker ins Fruchtwasser aus, trinken dieses wieder und erhalten somit eine zweite und doppelte Zuckerbelastung.

Dies kann zu einem verstärkten Wachstum des Kindes (große, schwere Kinder) führen. Die Reife ist nicht entsprechend der Größe. Während des Geburtsvorgangs könnte es somit zu Komplikationen kommen. Die Kinder könnten nach der Geburt unter Unterzuckerungen leiden und die Wahrscheinlichkeit später einen Diabetes oder ein Übergewicht zu entwickeln wächst. Auch für die Mutter selbst besteht eine gewisse Gefahr für häufige, schwere Harnwegsinfekte, die Ausbildung eines Bluthochdrucks oder einer Gestose. Operative Entbindungen werden häufiger.

Wie wir ihnen helfen können:

Damit Sie sich sicher fühlen, erhalten sie einen standardisierten Test, mit dem rechtzeitig die Diagnose gestellt oder ausgeschlossen werden kann. In Fällen eines unklaren Testausgangs bieten wir Ihnen genügend Information und die Möglichkeit Ihren Blutzucker zu messen und damit zu kontrollieren.

Sie erhalten eine ausführliche Ernährungsberatung und die Einweisung in die Blutzuckerselbstmessung. Ein Blutzuckermessgerät bekommen Sie, genauso wie die Blutzucker-Messstreifen von uns gestellt. Im weiteren Verlauf besprechen wir mit Ihnen die gemessenen Blutzuckerwerte und ob eine weiterreichende Behandlung (z.B. Insulintherapie) nötig ist. Diese bekommen Sie in Einzelberatungen von unserem diabetes- erfahrenen Team genau erläutert.

Blutzuckerziele während der Schwangerschaft:

Morgens, nüchtern oder vor einer Hauptmahlzeit sollten die Blutzuckerwerte nicht oberhalb 90mg/dl liegen.

1 Stunden nach Beginn einer Mahlzeit dürfen keine Blutzuckerwerte über 140mg/dl gemessen werden. Werden diese Grenzwerte mehrmals in einer Woche überschritten muss die Therapie verändert oder erweitert werden.

Zur Kontrolle bestimmen wir ca. einen Monat vor dem errechneten Entbindungstermin das HbA1c, dieser Laborwert ist das „Blutzuckergedächtnis“ der letzten 2-3 Monate. Dieser Wert gibt uns Auskunft über die Therapiequalität der letzten Monate.

Was bedeutet der Gestationsdiabetes für Ihre Zukunft:

Durch die Schwangerschaft wird, ein „diagnostisches Fenster“ geöffnet. Wir können auf eine Erkrankung blicken, die möglicherweise in vielen Jahren bei Ihnen auftreten wird.

Es empfiehlt sich:

6 – 12 Wochen nach der Entbindung einen erneuten BZ-Belastungstest durchführen lassen, um sicher zu stellen, dass der Diabetes nicht weiter besteht.

Bei der nächsten Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko wieder einen GDM auszubilden, somit empfiehlt es sich mit Feststellung der nächsten Schwangerschaft einen erneuten BZ-Belastungstest durchzuführen.

Nach aktueller Datenlagen besteht für Sie ein erhöhtes Risiko später einen Diabetes zu entwickeln. Aus diesem Grund ist es empfehlenswert ab dem 40. Lebensjahr jährlich einen BZ-Belastungstest durchzuführen. Sie sollten darauf achten nicht übergewichtig zu werden und sich ausreichend körperlich zu betätigen. Gelegentlich sollte der Blutdruck und die Blutfette kontrolliert werden.

Eine optimal behandelte diabetische Stoffwechsellage in der Schwangerschaft beinhaltet kein erhöhtes Risiko für den Schwangerschaftsverlauf oder für Ihr Kind. Wir bieten Ihnen eine fachlich kompetente Betreuung während Ihrer Schwangerschaft an und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung.