

# Altes oder neues Screening auf Gestationsdiabetes?

Ein Gespräch mit Irene Hösli, Universitätsfrauenklinik Basel

**ARS MEDICI:** Vor knapp zwei Jahren forderte die Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie neue Screeningkriterien für den Schwangerschaftsdiabetes. Werden diese in der Praxis mittlerweile angewendet?

**Prof. Dr. med. Irene Hösli:** Bereits zuvor wurde in der Schweiz systematisch auf Gestationsdiabetes gescreent, und zwar mit drei verschiedenen Varianten: einem risikoadaptierten Screening, das heisst bei Schwangeren mit vorausgegangener Geburt eines makrosomen Kindes, mit einem BMI grösser als 30, mit einer familiären Belastung für Diabetes mellitus und so weiter. Das zweite Screeningverfahren bestand aus der Bestimmung der Plasmaglukose eine Stunde nach Einnahme von

**Wir haben nun eine evidenzbasierte Methode, die aber in der Realität schwierig umzusetzen ist.**

50 Gramm Glukose mit einem Grenzwert von gleich oder über 7,8 mmol/l. Die dritte Variante war die Bestimmung des Nüchternblutzuckers mit einem Grenzwert von mindestens 4,8 mmol/l. Bei pathologischen Werten wurde im zweiten Schritt ein diagnostischer Test zur Bestätigung des Gestationsdiabetes angeschlossen. Damit war die Schweiz schon sehr viel weiter als andere europäische Länder, wie zum Beispiel Deutschland, wo bis anhin gar kein systematisches Screening auf Schwangerschaftsdiabetes durchgeführt wird. Aufgrund der 2008 publizierten HAPO-Studie\* wurden neue Kriterien definiert und von der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) 2009 publiziert (siehe Infokasten). Das neue diagnostische Verfahren bedeutet, dass der Blutzucker nüchtern bestimmt wird sowie eine Stunde und zwei Stunden nach der Einnahme von 75 Gramm Glukose.

Nun befinden wir uns in einem gewissen Dilemma: Wir haben eigentlich etwas Wünschenswertes, nämlich eine, aufgrund der HAPO-Studie, evidenzbasierte Methode, die aber in der Realität aufgrund des logistischen Aufwands schwierig umzusetzen ist. Ich glaube, dass die Empfehlungen mittlerweile trotzdem an vielen Orten eingeführt worden sind. Aber selbst hier im Spital haben wir ein Jahr gebraucht, um das neue Screeningverfahren zu etablieren.



Quelle: Foto & Print Center, Universitätsspital Basel

## Zur Person

Prof. Dr. med. Irene Hösli ist Abteilungsleiterin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin an der Universitätsfrauenklinik Basel

**ARS MEDICI:** Welche speziellen Anforderungen bestehen bei der Umsetzung der neuen Leitlinien?

**Hösli:** Erstens müssen sie den Frauen erklären, dass sie nüchtern kommen müssen, und zweitens sollen die Schwangeren mindestens zwei Stunden in Ihrer Praxis, Ambulanz oder Klinik warten und grosse körperliche Aktivität vermeiden. Es handelt sich darüber hinaus um eine venöse und nicht mehr um eine kapillare Blutentnahme.

**ARS MEDICI:** Ist dieser Aufwand wirklich gerechtfertigt oder hätte man mit den alten Verfahren nicht doch ganz gut leben können?

**Hösli:** Es zweifelt niemand daran, dass Gestationsdiabetes zu einer wichtigen Erkrankung in der Schwangerschaft geworden ist. Die Risikofaktoren, wie höherer BMI oder höheres Alter, nehmen stetig zu. Wir wissen ausserdem, dass Assoziationen zwischen dem Gestationsdiabetes und der Entwicklung einer Präeklampsie bestehen. Zudem sind Langzeitauswirkungen wie spätere Entwicklung eines Diabetes mellitus bei der Mutter oder eines metabolischen Syndroms beim Kind bestens bekannt. Es ist aber auch korrekt, dass mit diesem neuen Screeningverfahren bei zirka doppelt so vielen Schwangeren ein Gestationsdiabetes diagnostiziert wird.

**ARS MEDICI:** Was würden Sie einem niedergelassenen Arzt nun raten?

**Hösli:** Wir empfehlen den 75-Gramm-Glukosetoleranztest zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Viele Hausärzte haben ja ein Praxislabor oder schliessen sich mit anderen Praxisgemeinschaften zusammen, so dass sie die Blutzuckermessungen auch selbst durchführen können. Die Alternative ist die Zusammenarbeit mit den Ambulanzen im Spital.

\*The HAPO Study Cooperative Research Group: Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. N Engl J Med 2008; 358: 1991–2002.

**ARS MEDICI:** Sie sagten, dass die Gynäkologen über das Vorgehen der SGED damals nicht so glücklich waren. Gilt das auch für die dort definierten Grenzwerte?

**Hösli:** Die SGED-Publikation enthielt Empfehlungen, die zuvor nicht mit der SGGG (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) abgesprochen waren. Die definierten Grenzwerte hingegen sind evidenzbasierte Werte, die aus der bereits genannten HAPO-Studie stammen.

**ARS MEDICI:** Immerhin führen diese neuen Werte nun dazu, dass mehr Schwangere als zuvor als krank gelten. Die Diabetologen argumentieren, dass man das in Kauf nehmen könne, weil Ernährungsempfehlungen schliesslich immer eine gute Sache seien und die Vorteile allfällige Nachteile des Etiketts «krank» aufwiegen würden. Was meinen Sie dazu?

**Hösli:** Sie haben absolut recht, es gibt auch Nachteile wegen der strengeren Kriterien. Zum einen sind da die Frauen, die verängstigt werden, und zum anderen bewirkt das Etikett «Gestationsdiabetes» auch etwas bei uns Gynäkologen: Leiten wir früher aus Angst vor einer Makrosomie die Geburt ein? Im schlimmsten Fall provoziert man eine späte Frühgeburt. Das Risiko einer erhöhten Einleitungs- und Sectiorate

## Das Risiko einer erhöhten Einleitungs- und Sectiorate ist aufgrund der neuen Kriterien vorhanden.

ist aufgrund neuer Daten vorhanden. Auf der anderen Seite ist das Argument mit der Ernährungsberatung völlig gerechtfertigt. Die Schweiz ist zwar innerhalb Europas ein Land mit einem durchschnittlich niedrigen BMI, aber für viele Schwangere wäre es schon sinnvoll, sie bekämen eine Ernährungsberatung und würden auf ihren BMI achten.

**ARS MEDICI:** Etwa ein Viertel der Schwangeren mit Gestationsdiabetes benötigt Insulin. Wie sieht es da mit der Compliance aus?

**Hösli:** Die meisten Schwangeren mit insulinpflichtigem Gestationsdiabetes sind sehr motiviert, wirklich alles für das Kind zu tun. Doch ein kleiner Teil der Frauen hat grosse Mühe mit der Ernährungsumstellung, den disziplinierten Blutzuckerkontrollen und der Insulintherapie. Das sind oft gerade die gefährdeten Frauen, die sich weder an eine Diät halten noch irgendeine Form von Sport treiben und dann tatsächlich mit der Insulintherapie Schwierigkeiten haben. Bestehen auch noch sprachliche Schwierigkeiten oder grosse kulturelle Unterschiede, wird die Begleitung vielschichtig und aufwendig.

## Für viele Schwangere wäre es schon sinnvoll, sie bekämen eine Ernährungsberatung und würden auf ihren BMI achten.

Ein sehr positives Beispiel in diesem Zusammenhang ist der tamilische Verein Nordwestschweiz. Dieser Verein hat beispielsweise eine Lebensmittelpyramide mit den Produkten zusammengestellt, die tamilische Frauen von ihrer Heimat

## SGED-Empfehlungen zum Schwangerschaftsdiabetes

Bei allen schwangeren Frauen soll zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest mit 75 Gramm Glukose durchgeführt werden (Messung von Nüchternblutzucker, nach 1 Stunde, nach 2 Stunden). Wichtigste Neuerung ist, dass nur noch einer der drei Werte über dem Schwellenwert liegen muss und nicht mindestens zwei, um die Diagnose Schwangerschaftsdiabetes zu stellen. Es ist daher damit zu rechnen, dass die Diagnose häufiger gestellt werden wird als mit den alten Kriterien. Die Grenzwerte sind:

Nüchternplasmaglukose  $\geq 5,1$  mmol/l  
nach 1 Stunde  $\geq 10,0$  mmol/l  
nach 2 Stunden  $\geq 8,5$  mmol/l

Bezüglich der Blutzuckerzielwerte während der Schwangerschaft herrscht unter Diabetologen weltweit keine Einigkeit, und verschiedene Fachgruppen haben sich auf völlig verschiedene Zielwerte geeinigt. Die SGED empfiehlt Nüchtern- und präprandiale Werte von  $< 5,3$  mmol/l und postprandiale Werte eine Stunde nach dem Essen von  $< 8,0$  mmol/l, und zwei Stunden nach dem Essen von  $< 7,0$  mmol.

Nach: Lehmann R, Troendle A, Brändle M für die SGED: Neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Management des Gestationsdiabetes. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED). Therapeutische Umschau 2009; 66: 695–706.

her kennen und mit Lebensmitteln, die hier erhältlich sind. Solche präventiven Initiativen sind zu unterstützen, denn damit können wir viel erreichen.

**ARS MEDICI:** Rund zwei Monate nach der Geburt sollten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes erneut getestet werden, um zu überprüfen, ob der Blutzucker weiterhin zu hoch ist. Klappert das in der Praxis?

**Hösli:** Das klappert leider schlecht, nur zirka 50 Prozent kommen zu einem 75-Gramm-Glukosetoleranztest. Dabei hätte man hier die Möglichkeit, Diabetikerinnen frühzeitig zu erfassen. Wir versuchen beim Austritt aus dem Krankenhaus mit dem Termin für die Nachkontrolle gleich auch einen Termin beim Diabetologen zu organisieren.

**ARS MEDICI:** Wir danken Ihnen für das Gespräch. ❖

Das Interview führte Renate Bonifer.