Neue Leitlinie Gestationsdiabetes

Etappenziel erreicht, jetzt wird umgesetzt

Liebe Leserinnen und Leser,

zu Beginn meiner wissenschaftlichen Tätigkeit Anfang der 1990er Jahre initiierte ich erstmalig im Rahmen einer Studie an der FU Berlin einen Screeningtest auf Gestationsdiabetes mellitus (GDM). Nachdem Mitarbeiter und zuweisende Kollegen von dem Verfahren überzeugt waren, wurde der Test auch nach Ende meiner Studie fortgeführt. Es entstanden in Deutschland weitere „Screening-inseln“, die – naheliegend – viel mehr GDM-Patientinnen hatten als Orte ohne Screening. Das bestärkte viele Kollegen, ein Screening als Selbstzahlerleistung einzuführen. Ende der 1990er-Jahre entbrannte eine Diskussion über die Grenzwerte des oralen Glukosetoleranztests (OGTT). Einige Kliniker nutzten noch die schon überalteten O’Sullivan-Kriterien, andere die damals wissenschaftlich wenig fundierten Empfehlungen der DDG, wieder andere orientierten sich an den Kriterien von Weiss (Graz). Er propagierte z.B. den Grenzwert von 160 mg/dl, wodurch die GDM-Inzidenz lokal auf über 14% stieg. Das erleichterte die Diskussion der Notwendigkeit eines Screenings auf politischer Ebene nicht.

Keine klaren Grenzwerte in der HAPO*-Studie

2002 wurde erstmals die HAPO-Studie erwähnt. Durch sie sollte endlich geklärt werden, ab welchen Glukosewerten eine Pathologie vorliegt [1]. 2008 wurden die ersehnten Ergebnisse breit präsentiert. Es zeigte sich aber, dass die Rate an Komplikationen linear mit den Glukosewerten aus dem OGTT stieg, ohne eindeutige Cut-off-Werte [2]. Es dauerte noch weitere zwei Jahre, bis eine konkrete Empfehlung seitens der inzwischen gegründeten Gesellschaft „International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)“ publiziert wurde: Basierend auf einer 75%-igen Risikoerhöhung wurden aus den OGTT-Werten neue Grenzwertempfehlungen errechnet [3]. DDG und DGGG haben diese Empfehlungen in den Leitlinienentwurf übernommen, der Anfang 2011 im Internet stand.

Die neue Leitlinie ist ein Fortschritt

Dr. Helmut Kleinwechter stellt im Heft die wesentlichen Neuerungen der neuen Leitlinie vor (ab S. 29).

1. Die Risikofaktoren, die für einen frühzeitigen OGTT sprechen (oder einen Nüchtern-BZ-Test) wurden präzisiert und ausgeweitet.

2. In der 24.–28. Schwangerschaftswoche wird ein OGTT-Screening empfohlen, die Grenzwerte wur-

den anhand der HAPO-Studie korrigiert. Nun reicht ein erhöhter Wert für die GDM-Diagnose.

3. Die Blutzuckerbestimmung soll nun venös erfolgen (ggf. auf venöses Plasma umgerechnet). Dies erfordert in den gynäkologischen Praxen die größten Veränderungen: Statt Handmessgeräten müssen nun trocken- oder nasschemische Laborverfahren eingesetzt werden. Seitens der Leitlinie und aus praktischen Erwägungen (zeitnahe Mitteilung der Diagnose), wird eine patientennahe Diagnostik präferiert. Einige Hersteller von POCT-Messgeräten haben reagiert und können nun auch ökonomisch sinnvolle nasschemische Geräte anbieten.

4. Die Leitlinie präzisiert jetzt, dass die physiologische Gewichtszunahme der Schwangeren sehr vom Ausgangs-BMI abhängt. Zudem können wir nun mit der sonografischen Biometrie eine diabetogene Fetopathie erkennen.

5. Die Leitlinie berücksichtigt den Wert der sonografischen Biometrie in der Therapieplanung.

Gemeinsame Umsetzung in den Praxen

Wir können uns jetzt über national und international einheitliche Grenzwerte freuen und sollten sie auch einsetzen. In der strenger vorgegebenen Messmethodik sehe ich auch einen Fortschritt, da nun sicher valide Daten in der frauenärztlichen Praxis gemessen werden, und sich z.T. unnötige Wiederholungen des OGTT in der diabetologischen Praxis erübrigen. Wesentlich aus meiner Sicht ist noch die Frage der Insulineinstellung: Hier würde ich mir z.T. eine engere Kommunikation zwischen Frauenarzt (sonografische Biometrie) und Diabetologe (Blutzuckertagesprofil) wünschen. Auf der einen Seite gibt es immer noch frauenärztliche Kollegen, die die Wertigkeit des GDM unterschätzen oder auch aus einem pathologischen Ergebnis nicht die richtige Konsequenz ziehen, auf der anderen Seite habe ich Anfragen von Schwangeren mit normosomen Feten und fast normalen Blutzuckerwerten, bei denen eine fast homöopathische Insulintherapie begonnen wird. Also, Mut zum Telefonhörer zu greifen!

Ein internistisch-diabetologischer Kollege sagte bezüglich der Compliance Schwangerer: „Gestationsdiabetikerinnen? Da leckt man sich doch die Finger nach.“ Unser Ziel sollte sein, diese hoch motivierten Frauen einheitlich und gemeinsam zu betreuen. Nicht zuletzt tragen wir durch eine kompetente Therapie auch zur Diabetesprävention bei den Nachfahren bei.

Ihr Kai J. Bühling

PD Dr. med.
Kai J. Bühling,
Frauenarzt und
Diabetologe in
Hamburg

*Hyperglycemia and
Adverse Pregnancy
Outcome

1. Int J Gynaecol Obstet 2002;78(1):69–77.
2. N Engl J Med 2008; 358(19):1991–2002.
3. Diabetes Care 2010; 33(3):676–82.

www.frauenaeztzte-
blankenese.de