



Gynäkologe 2022 · 55:75–76
<https://doi.org/10.1007/s00129-021-04903-4>
 Angenommen: 16. Dezember 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Diabetes und Schwangerschaft

Klaus Vetter¹ · Nicole Ochsenbein-Kölbl²

¹ Berlin, Deutschland

² Klinik für Geburtshilfe, UniversitätsSpital Zürich, Zürich, Schweiz

Eine extrem strenge Blutzuckerkontrolle war vor einigen Jahren das Primat der Behandlung des Diabetes mellitus in der Schwangerschaft. Gian Domenico Roveris Konzept der Maximal Tolerated Dose (MTD) of Insulin [1] mit Einstellung am Rande der Hypoglykämie war nicht ungefährlich. Diese Probleme sind inzwischen nicht mehr Thema. Heute stehen andere Aspekte im Vordergrund.

Die Arbeitsgruppe um *Marco Bueter* kümmert sich um Frauen, die wegen morbid Adipositas mit einer bariatrischen Operation therapiert werden, zumeist mittels Roux-en-Y-Magenbypass (RYGB) oder Sleeve-Gastrektomie (SG, Schlauchmagen). In der Schwangerschaft gilt es, mit den Folgen derartiger Maßnahmen adäquat umzugehen, so z.B. den erwünschten und durch Operation erreichten Mangelzustand zugunsten des Kindes auszugleichen. Dafür bedarf es spezifischer Kenntnisse wie auch bezüglich schwangerschaftsspezifischer postoperativer Komplikationen.

Ebenso geht es um Schwangerschaften nach PCOS, insbesondere unter Therapie mit Metformin. *Susanne Tan* und

Ute Schaefer-Graf befassen sich mit dieser häufigsten hormonellen Störung fertiler Frauen. Es wird dabei klar, dass das untoxische Metformin zwar keinen pauschalen, aber einen individuellen Nutzen für Frauen mit PCOS ohne oder mit begleitender diabetischer Stoffwechsellage und/oder Adipositas haben kann. Metformin-exponierte Kinder von Müttern mit GDM profitieren mit einer Risikoreduktion für Makrosomie – allerdings bei einigen Unklarheiten über langfristige Folgen. Somit stehen individuelle Aufklärung und Beratung im Zentrum der Therapie.

» **Individuelle Aufklärung und Beratung stehen im Zentrum der Therapie**

Die Arbeitsgruppe von *Katharina Quack-Lötscher* befasst sich mit Therapiestrategien, einigen zentralen Eckpfeilern der Betreuung von Schwangeren mit Diabetes, die von den Betroffenen selbst umsetzbar sind. Dabei stehen die Lifestyle-Modifikationen im Vordergrund. Neben einer adäquaten Bewegungstherapie steht eine ausgefeilte individuelle Ernährungs-

Autor



Prof. Dr. Klaus Vetter



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

beratung im Zentrum der Bemühungen in der Schwangerschaft, während die Behandlung einer Adipositas die noch größeren Effekte vor einer Schwangerschaft zur Folge hat.

Irene Hösl und Katharina Redling widmen sich in ihrem Beitrag der Geburtsplanung bei Diabetes. Um noch einmal historisch zu werden: Die Geburtsplanung ist nicht mehr durch die Flucht vor dem intrauterinen Fruchttod in die Frühgeburt entsprechend der White-Klassifikation [2] dominiert, sondern versucht, die intrauterinen nützlichen Reifeprozesse sich möglichst lange entfalten zu lassen. Dazu bedarf es der rechtzeitigen Planung des Geburtsorts, der Geburtsform und des Geburtszeitpunkts. Außerdem braucht es eine optimale peripartale Überwachung mit intrapartaler Blutzuckereinstellung und nicht zuletzt eine perfekte postnatale Betreuung von Mutter und Neugeborenen.

Das sind wichtige Aspekte eines modernen Umgangs mit Frauen, die trotz Stoffwechselproblemen erfolgreich gesunde Kinder bekommen möchten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus Vetter
Friedrichshaller Str. 7c, 14199 Berlin,
Deutschland
kvetter@ngi.de

Interessenkonflikt. K. Vetter und N. Oxsenbein-Köible geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Roversi GD, Gargiulo M, Nicolini U, Pedretti E, Marini A, Barbarani V et al (1979) A new approach to the treatment of diabetic pregnant women. Am J Obstet Gynecol 135(5):567–576
2. White P (1978) Classification of obstetric diabetes. Am J Obstet Gynecol 130(2):228–230

Bauchaortenaneurysma bei Frauen

Experten raten Risikopatientinnen zu Ultraschall ab 65

Ein Bauchaortenaneurysma gilt als „tickende Zeitbombe“ – die Gefäßaussackung macht selten Beschwerden, bedroht aber das Leben, wenn sie platzt. Bei Frauen bleiben die Aussackungen an der Bauchschlagader häufig unentdeckt, obwohl sie gefährlicher als bei Männern sind. Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e. V. (DGG) appelliert deshalb an gefährdete Frauen, sich ab 65 Jahren einmalig einer Ultraschall-Untersuchung zu unterziehen.

2 % aller Männer zwischen 65 und 75 Jahren entwickeln an der Bauchschlagader ein Aneurysma, eine krankhafte Ausweitung der Aorta. Beim weiblichen Geschlecht sind in dieser Altersgruppe schätzungsweise nur 0,5 % betroffen. „Bei Frauen kommt ein solches Aneurysma deutlich seltener vor“, erklärt Professor Dr. med. Jörg Heckenkamp. „Allerdings ist es gefährlicher als bei Männern“, fügt der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V. (DGG) hinzu.

Das liegt an der Wandstruktur der Schlagaderwand, die bei Frauen anders beschaffen ist als beim männlichen Geschlecht. „Dieser Unterschied hat zur Folge, dass Aussackungen bei Frauen schneller reißen können und Frauen eine Notoperation seltener überstehen“, erläutert DGG-Experte Heckenkamp. Doch während Männern ab 65 Jahren seit Beginn 2018 eine einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader zusteht, gibt es für Frauen bisher kein gesetzliches Screening.

Mitunter fällt ein Bauchaorten-Aneurysma (BAA) bei einer Patientin zufällig auf, wenn der Bauchraum wegen anderer möglicher Erkrankungen mit Computertomographie oder Ultraschall untersucht wird. „Und bei einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit überprüfen wir immer auch die Hals- und Bauchschlagader“, berichtet Heckenkamp. „Insgesamt müssen wir aber feststellen, dass Frauen in Bezug auf Aneurysmen der Bauchschlagader unterdiagnostiziert sind“, betont der Direktor des Zentrums für Gefäßmedizin der Niels-Stensen-Kliniken am Marienhospital Osnabrück.

Deshalb appelliert die DGG an Frauen, die Risikofaktoren aufweisen, sich ab 65 Jahren einmalig einer Ultraschall-Untersuchung auf ein BAA zu unterziehen. „Zu diesen Risikopatientinnen zählen Raucherinnen und Ex-

Raucherinnen, Frauen mit hohem Blutdruck, mit Gefäßerkrankungen oder Familienangehörigen ersten Grades mit Gefäßaneurysmen“, erläutert Heckenkamp. Wer solche Risikofaktoren aufweist, kann seinen Hausarzt ansprechen, der den Ultraschall häufig selbst erbringt. „Liegen Risiken vor, übernehmen die Kassen auch die Kosten für den Gefäßcheck“, sagt der Gefäßchirurg.

Im Fall eines schnell wachsenden BAA kommt bei Frauen ab einem Durchmesser von 50 Millimetern ein operativer Eingriff in Frage, um einen lebensbedrohlichen Riss abzuwenden. „Dieser Eingriff kann auch bei Frauen häufig minimalinvasiv erfolgen“, so Heckenkamp.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG), www.gefaesschirurgie.de