Diabetologe 2019 · 15:690–691

<https://doi.org/10.1007/s11428-019-00563-0>

Online publiziert: 28. November 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

K. Laubner

Abteilung Endokrinologie und Diabetologie, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Gestationsdiabetes

Der Gestationsdiabetes mellitus (GDM) ist neben hypertensiven Erkrankungen die häufigste Komplikation während der Schwangerschaft und bedarf einer interdisziplinären Betreuung. Vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) wurden für das Jahr 2017 in Deutschland 761.481 Geburten ausgewertet, wobei in 5,9 % der Fälle, d. h. bei 44.907 Schwangerschaften, ein GDM vorlag [1]. In den letzten 15 Jahren nahm der GDM um das 4,5-Fache zu, seit Verankerung des Screenings auf GDM in den Mutterschaftsrichtlinien 2012 war ein 25 %iger Anstieg von 4,4 auf 5,9 % zu verzeichnen. Allen gesetzlich versicherten Schwangeren steht somit seit 2012 zwischen der 24 + 0 und 27 + 6 Schwangerschaftswoche ein Screening auf GDM unentgeltlich zu. Einziger Schwachpunkt ist, dass dem diagnostischen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75 g Glukose ein 50 g-Suchtest im nichtnüchternen Zustand vorgeschaltet und somit ein erheblicher Teil übersehen wird, da in der HAPO-Studie bei 33 % der Frauen die Diagnose des GDM allein anhand erhöhter Nüchternblutzuckerwerte gestellt wurde [2]. Diese Frauen mit lediglich erhöhten Nüchternblutzuckerwerten werden durch das in Deutschland festgelegte Vorgehen übersehen. Darüber hinaus hat der Nüchternblutzuckerwert die engste Korrelation zu einem ungünstigen Schwangerschaftsverlauf und -ergebnis [3]. All dies spricht für eine eingeschränkte Validität des 50 g-Suchtests, Frauen mit GDM frühzeitig zu erkennen, und stellt das aktuell 2-zeitige Vorgehen in Deutschland in Frage, zumal auch von der internationalen Assoziation der „Diabetes and Pregnancy Study Group“ (IADPSG) und der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ein einzeitiges

Vorgehen mittels 75 g-oGTT empfohlen wird [3].

Die frühzeitige Erkennung eines GDM ist jedoch Voraussetzung, um rechtzeitig Therapiemaßnahmen zur Vermeidung mütterlicher und kindlicher Folgen zu ergreifen. Bereits 2005 und 2009 wurde in randomisierten Studien nachgewiesen, dass durch die Behandlung des GDM die Rate an Neugeborenenodesfällen und kindlichen Geburtsverletzungen signifikant gesenkt werden konnte [4, 5]. Ziel der Therapie ist somit das Erreichen der vorgegebenen Blutglukosezielwerte ohne Katabolie, ein perzentilengerechtes, proportionales Wachstum des Fetus, Gewichtszunahme der Mutter nach Empfehlungen des „Institute of Medicine“ (IOM) und letztendlich ein Ausgang der Schwangerschaft mit Ergebnissen, die sich nicht von dem nichtdiabetischen Mütter unterscheiden. Die Therapie umfasst konservative und medikamentöse Maßnahmen, wobei 70–90 % der Frauen mit konservativen Maßnahmen ihre Therapieziele erreichen. Die medikamentöse Therapie besteht in der Regel aus einer Insulintherapie, aber auch Metformin als orales Antidiabetikum ist im individuellen Fall nach entsprechender Aufklärung über den „off label use“ möglich. Zur Therapieüberwachung sind nicht nur regelmäßige Beurteilungen der Blutzuckerwerte notwendig. Wesentlich ist auch eine Kontrolle des fetalen Wachstums mittels Ultraschall durch die Gynäkologen und Geburtshelfer, um Hinweise für ein disproportionales Wachstum zu erhalten und im individuellen Fall die Blutglukosespiegeleinstellung zu intensivieren, wenngleich die Evidenz, dass hierdurch die Ergebnisse für Mutter und Kind signifikant verbessert werden, unzurei-

chend ist und randomisiert-kontrollierte multizentrische Studien dazu fehlen.

Der GDM führt nicht nur zu akuten Folgen für Mutter und Kind, sondern auch zu Langzeitfolgen. Die Mütter haben nach einer aktuellen Metaanalyse eine Wiederauftrettsrate für einen GDM von 48 % in der nächsten Schwangerschaft [6], darüber hinaus ein 7- bis 8-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 innerhalb von 10 Jahren, aber auch ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen, postpartaler Depression, kognitiver und psychiatrischer Komplikationen und Tumorerkrankungen. In dieser Hochrisikogruppe der Frauen nach GDM muss letztendlich Prävention ansetzen, um das Risiko für GDM-Langzeitfolgen zu reduzieren. Geeignete Präventionsstrategien sind v. a. die Lebensstilinterventionsprogramme, aber auch die medikamentöse Prävention zeigte sich erfolgreich. Wesentlich ist, dass die Frauen entsprechend sensibilisiert und ermutigt werden, einen gesunden Lebensstil zu pflegen, damit präventiv tätig zu sein, aber auch regelmäßige Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

Dr. med. K. Laubner

Korrespondenzadresse

Dr. med. K. Laubner
Abteilung Endokrinologie
und Diabetologie, Klinik
für Innere Medizin II,
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Str. 55,
79106 Freiburg, Deutschland
katharina.laubner@uniklinik-
freiburg.de

Interessenkonflikt. K. Laubner gibt an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit dem Thema Gestationsdiabetes besteht. Sie hat Vortragshonorare von Amgen, AstraZeneca, Berlin-Chemie, Merck Sharp Dohme (MSD), Bristol-Myers Squibb (BMS), Sanofi Aventis, Böhringer Ingelheim, Lilly, Gl Dynamics erhalten, Beraterhonorare von Janssen, Servier, Gl Dynamics, LifeScan sowie eine Forschungsförderung von Gl Dynamics und Boehringer Ingelheim.

Literatur

1. IQTIG (2018) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 – Geburtshilfe – Qualitätsindikatoren. IQTIG. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEbH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf. Zugriffen: 20. Aug. 2018
2. Group HSCR, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER et al (2008) Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 358:1991–2002
3. Metzger BE, Dyer AR (2014) Comment on d'Eman. Do the new threshold levels for the diagnosis of gestational diabetes mellitus correctly identify women at risk? *Diabetes Care* 37:e43–e44
4. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS et al (2005) Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 352:2477–2486
5. Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM et al (2009) A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med* 361:1339–1348
6. Schwartz N, Nachum Z, Green MS (2015) The prevalence of gestational diabetes mellitus recurrence—effect of ethnicity and parity: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 213:310–317

Diabetesmedikament zur Rauchentwöhnung

Rauchen begünstigt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, verschiedene Krebsarten, aber auch Typ-2-Diabetes. Abhängig macht das im Tabak enthaltene Nikotin. Beim Versuch, das Rauchen aufzuhören, können Entzugssymptome wie Reizbarkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Depressionen oder vermehrter Appetit auftreten. Künftig könnte vielleicht der Wirkstoff Pioglitazon bei der Rauchentwöhnung helfen. Eine Studie untersuchte nun einen bestimmten Rezeptor im Gehirn für die Nikotinsucht, den sogenannten Peroxisome Proliferator-Activated Rezeptor (PPAR γ). Frühere Studien konnten bereits zeigen, dass Pioglitazon auf diese Rezeptoren wirkt. Die Forschenden machten die Tiere nikotinabhängig und verabreichten ihnen anschließend das Diabetesmedikament. Es zeigte sich, dass die nikotinsüchtigen Versuchstiere auch während des Entzugs keinerlei typische Anzeichen wie Zittern oder Unruhe aufwiesen. Bei einer Untersuchung des Gehirns stellten die Forschenden fest, dass der Wirkstoff vor allem auf das Abhängigkeits- und Angstzentrum im Gehirn Einfluss nimmt. Durch die Wirkung des Arzneistoffs auf die Rezeptoren werden die Gehirnzellen dazu angeregt, verstärkt die Botenstoffe Dopamin und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) auszuschütten. Bei einem Entzug ohne Pioglitazon kommt es zu einem Mangel an diesen Botenstoffen und damit zu den typischen Entzugssymptomen. Rauchenden Menschen mit Diabetes könnte der Wirkstoff in doppelter Hinsicht helfen, so die Forschenden: Er erleichtere durch gemilderte Entzugssymptome die Entwöhnung von der Zigarette und verringere die Insulinresistenz. Jedoch sind noch weitere Studien notwendig, um zu überprüfen, ob die Wirkung auch auf den Menschen übertragbar ist und ob es zu Nebenwirkungen kommt. Laut Forschungsteam könnte eine Zulassung allerdings relativ schnell erfolgen, weil Pioglitazon bereits als Diabetesmedikament auf dem Markt ist.

**Quelle: Diabetes Informationsdienst
München,
[www.diabetesinformationsdienst-
muenchen.de](http://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de)**