

Schwangere Diabetikerin: Wann an Ketoazidose denken?

Die diabetische Ketoazidose in der Schwangerschaft ist eine kritische Notfallsituation mit hoher fetaler Mortalität. Welche klinischen Risikofaktoren den Verdacht auf diese schwere Komplikation lenken sollten, zeigen aktuelle Studienergebnisse.

Die Veränderungen in der Schwangerschaft, etwa die vermehrte Bildung von Hormonen wie humanem Plazentalaktogen (HPL), Östrogen und Prolaktin, die die Wirkung von Insulin antagonisieren, sorgen dafür, dass sich eine diabetische Ketoazidose (DKA) schneller und bei niedrigeren Blutglukosewerten entwickeln kann. Zahlen zur Häufigkeit dieses medizinischen Notfalls mit einem hohen Risiko für den intrauterinen Fruchttod schwanken zwischen 0,5% und 10% der Schwangeren mit Diabetes. Eine Forschungsgruppe aus den USA fordert dazu auf, einen stärkeren Fokus auf die Prävention zu legen. In einer Studie an ihrer Klinik wurde festgestellt, dass eine DKA in der Schwangerschaft häufig durch mangelnde Therapieadhärenz oder Infekte ausgelöst wurde, sie aber auch iatrogen verursacht war.

Für die Studie wurden retrospektiv Daten von 71 DKA ausgewertet, die in 58 Schwangerschaften von 51 behandelten Frauen aufgetreten waren. Die meisten Frauen hatten Typ-1-Diabetes (83%), in sieben Fällen hatte erst die DKA zur Diabetesdiagnose geführt. Überdurchschnittlich viele hatten einen niedrigen sozioökonomischen Status, waren sozialen Belastungen ausgesetzt und rauchten in der Schwangerschaft. Die Blutzuckerkontrolle war durchgängig suboptimal und besonders schlecht im ersten Trimenon (medianer HbA1c 9,4%; im zweiten und dritten Trimenon 7,5% und 7,6%).

Die DKA endete für keine der Mütter, aber für zehn der ungeborenen Kinder tödlich. Rund ein Drittel der Schwangeren entwickelte eine Gestationshypertonie und eine Präeklampsie. Von den Kindern, die lebend zur Welt kamen, war jedes dritte groß für das Gestationsalter, 60% hatten eine neonatale Hypoglykämie und über die Hälfte musste für rund zwei Wochen intensivstationär versorgt werden.

Bei den Frauen mit Lebendgeburten war die DKA median im Gestationsalter von 30 Wochen aufgetreten; DKA, die mit fetalem Tod einhergingen, hatten sich schon nach elf Wochen ereignet. In den meisten Fällen hatten Nichtadhärenz zur Diabetestherapie (bei 39%) und Infektionen (23%) zur Entstehung der DKA beigetragen. Bei Schwangerschaften, die mit Abort oder Totgeburt endeten, war dagegen Hyperemesis der häufigste Auslöser (31%) gewesen. Fünf DKA-Episoden (7%) standen in Zusammenhang mit einer pränatalen Steroidgabe zur Induktion der Lungenreifung. In ebenso vielen Fällen hatten die Insulinpumpe oder die kontinuierliche Blutzuckermessung versagt.

In jedem fünften Fall handelte es sich um eine euglykämische DKA mit Blutzuckerwerten unter 200 mg/dl; von ihnen hatte keine zum Tod des Kindes geführt.

Fazit: Eine DKA in der Schwangerschaft ist mit einer hohen Rate von Fehlgeburten und erheblicher Morbidität von Müttern und Neugeborenen assoziiert. Um das DKA-Risiko zu senken, müssten schwangere Diabetikerinnen verstärkt dahingehend beraten werden, dass sie bei Hyperglykämie oder plötzlichem Unwohlsein sofort einen Arzt aufsuchen, dass sie ihre Insulintherapie befolgen und dass sie mit einem Geräteversagen umgehen könnten, so raten die Studienautorinnen und -autoren. Noch besorgniserregender seien die Fälle von DKA durch pränatale Kortikosteroide. Behandelnden und Patientinnen müsse klar sein, dass Insulindosierungen bei einer Kortikosteroidtherapie anzupassen sind.

Dr. Beate Schumacher

Dhanasekaran M et al. Diabetic Ketoacidosis in Pregnancy: Clinical Risk Factors, Presentation, and Outcomes. *J Clin Endocrinol Metab* 2022;107:3137-43

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.