

## **Blutzucker in der Schwangerschaft – ein Risiko für spätere Krankheiten?**

Schwangerschaftsdiabetes ist eine Blutzuckerstörung, die erst in der Schwangerschaft diagnostiziert wird und langfristig mit einem erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes verbunden ist. Dieses Problem betrifft nicht nur die Mutter!

Laut Robert Koch Institut wurden 2019 bei 7,9% der Frauen mit Klinikgeburt ein Gestationsdiabetes diagnostiziert - diese Zahlen steigen jährlich.

### **Wie passiert das überhaupt?**

Insulin ist ein Hormon und Hormone wirken durch Bindung an spezifischen Hormonrezeptoren. Bei Schwangeren mit Gestationsdiabetes produziert die Bauchspeicheldrüse genug Insulin (deren Rezeptoren funktionieren noch gut). Die Freisetzung des Insulins verläuft jedoch verzögert was zu einem verzögerten Anstieg des Insulinspiegel führt. Die in der zweiten Schwangerschaftshälfte physiologisch einsetzende Insulinresistenz führt im Falle eines Gestationsdiabetes bei gleichzeitig vorliegendem (zumindest relativem) Insulinsekretionsdefekt zur chronischen Hyperglykämie in der Gravidität.(1)

### **Wie kann ich diese Krankheit vermeiden?**

Übergewicht, Lebensstil (hochkalorische Ernährung und Bewegungsmangel), zunehmendes Alter der Schwangere, Fälle von Diabetes Typ I, II oder Gestationsdiabetes in der Familie sind typische Risikofaktoren.

Gewichtsreduktion bei der Schwangerschaftsplanung, Steigerung der körperlichen Aktivität und Lebensstiländerungen wie z.B. Ernährungsumstellung und Rauchstopp sind Veränderungen, die Sie selbst in die Wege leiten können.

### **Gibt es Langzeitfolgen für mich und mein Kind?**

Schwangere die mit Gestationsdiabetes diagnostiziert werden, haben ein höheres Risiko, später einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln (35 – 60 % innerhalb von 10 Jahren). Außerdem besteht ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im jungen Alter, wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall. (2)

Zu den akuten Folgen eines Gestationsdiabetes zählen u.a. hochgradige Geburtsverletzungen, Frühgeburten, Einstellungsanomalien des Kindes im Geburtskanal, Kaiserschnittentbindungen, rezidivierende genitale Infektionen und Blasenentzündungen.

Bei Ihrem Kind kann es zu schweren Unterzuckerungen nach der Geburt mit Langzeitfolgen wie z.B. neurologischen Auffälligkeiten kommen. Aufgrund der Unterzuckerung oder einer Frühgeburt als Folge eines Gestationsdiabetes (GDM) können auch Atemstörungen nach der Geburt auftreten. Darüber hinaus besteht für das Kind auch ein höheres Risiko, später an Typ-2-Diabetes und an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken.

### **Ok, aber jetzt habe ich es. Was kann ich nun tun?**

Körperliche Aktivität und Ernährungsumstellung sind die allerwichtigsten Maßnahmen, die den Blutzuckerspiegel unter Kontrolle halten. Können die Stoffwechselziele durch die Lebensstilmaßnahmen allein nicht erreicht werden, ist eine medikamentöse Therapie mit Insulin zu erwägen. Je nach Risikoprofil benötigen etwa 20 % bis 30 % der Schwangeren mit GDM eine Insulintherapie.

Nach der Geburt Ihres Kindes können Sie schon allein durch Stillen und Bewegungsfrühförderung das Risiko für spätere Komplikationen reduzieren. Des Weiteren weisen zahlreiche Studien darauf hin, dass das Risiko für Typ-2-Diabetes und metabolisches Syndrom bei Frauen mit Gestationsdiabetes, die ihre Kinder gestillt haben, bis zu 15 Jahre nach der Entbindung deutlich verringert ist. (4)

Und nicht vergessen: Sprechen sie uns bei weiteren Fragen gerne an!

### **Diagnostik in der Praxis:**

- Screening auf GDM in der 24+0 bis 27+6 SSW, das s.g. oGTT (oraler Glukosetoleranztest)
- bei auffälligem 50GCT folgt der 2-stündige 75g oGTT
- ausführliches Gespräch in angstabbauender Atmosphäre über die Problematik und die geplanten therapeutischen Schritten
- diabetologische Vorstellung
- Selbstblutglukosemessung
- engmaschige gynäkologische Untersuchung mit Feinorganultraschall in der Praxis Central

**Literatur:**

1. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage, Praxisempfehlung, AWMF-Registernummer: 057–008;
2. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus, Jasmine F Plows 1, Joanna L Stanley 2, Philip N Baker 3, Clare M Reynolds 2 and Mark H Vickers ;
3. „Die ersten drei Einträge...“, Andrea Dehn-Hindenberg, Heike Saßmann, Marie-Luise Dierks, Marius Haack, Antje Meyer, Ulla Walter, Karin Lange, Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland.
4. Gunderson 2010 LoE 2++; Ziegler 2012 LoE 2++