

Schwangerschaft bei bestehendem Diabetes

Die Blutzucker-Stoffwechselkontrolle vor und während der Schwangerschaft ist von außerordentlicher Bedeutung. Frauen mit allen Diabetesformen haben ein höheres Komplikationsrisiko. Zusätzlich kann die Schwangerschaft Komplikationen des Diabetes eine schlechte Stoffwechselkontrolle zum Zeitpunkt der Konzeption und im ersten Trimenon der Schwangerschaft ist assoziiert mit erhöhter Rate kongenitaler Fehlbildungen und mit erhöhter Abortrate im ersten Trimenon (CDA 2013).

Eine gute glykämische Stoffwechselkontrolle (Zielwerte siehe unten) kann das mütterliche (Gestose) wie auch das fetale (Organomegalie, Hypoglykämie) Risiko minimieren und auch das Risiko für ein Geburtstrauma (z.B. Schulterdystokie) verringern (NICE 2015).

Bei Kinderwunsch sollten Frauen mit bestehendem Diabetes:

- eine präkonzeptionelle Beratung erhalten, die die Themen optimale Diabetesbehandlung und Ernährung beinhaltet, um das mütterliche wie auch das neonatale Outcome zu verbessern (CDA Grade C Level 3)
- ein präkonzeptionelles HbA1C < 7,0 % anstreben (bzw. so nahe dem Normalwert wie ohne Hypoglykämien erreichbar ist), um das Risiko für Spontanaborte (CDA Grade C Level 3), kongenitale Fehlbildungen (CDA Grade C Level 3), Präeklampsie (CDA Grade C Level 3) sowie Progression der Retinopathie in der Schwangerschaft (CDA Grade D Consensus, für Typ 2 Diabetes) zu verringern
- die Ernährung mit einem Multivitaminpräparat, das 5 mg Folsäure enthält, zumindest 3 Monate präkonzeptionell ergänzen und während der ersten 12 Schwangerschaftswochen fortsetzen (CDA Grade D Level 4). Die Nahrungsergänzung sollte mit einem Multivitaminpräparat, das 0,4 bis 1,0 mg Folsäure enthält während der Schwangerschaft und bis 6 Wochen danach fortgesetzt werden (CDA Grade D Consensus)

Für schwangere Typ 2 Diabetikerinnen gilt:

- individualisierte Insulintherapie (gegebenenfalls unter Nutzung der intensivierten Insulintherapie) (CDA Grade A Level 1)
- Insulin Aspart oder Lispro kann verwendet werden, um die BZ-Kontrolle zu verbessern und das Hypoglykämie-Risiko zu vermindern (CDA Grade C Level 2 für Aspart; Grade C Level 3 für Lispro)
- Insulin Detemir (CDA Grade C Level 2) oder Glargin (CDA Grade C Level 3) kann als Alternative zu NPH verwendet werden
- folgende Blutzucker-Ziele sollten bei schwangeren Typ 2 Diabetikerinnen erreicht werden (CDA Grade D Consensus):

nüchtern	65 – 95 mg/dl
1-h postprandial	<140 mg/dl
2-h postprandial	<120 mg/dl

- Gegebenenfalls können diese Ziele bei erhöhtem Risiko für schwere Hypoglykämien in der Schwangerschaft angehoben werden (CDA Grade D Consensus)
- prä- und postprandial sollten BZSM durchgeführt werden, um die BZ-Ziele zu erreichen (CDA Grade C Level 3)

Schwangerschaft bei bestehendem Diabetes

Weitere Empfehlungen:

- Frauen mit PCO (Polycystischem Ovarsyndrom, Anm.), die Metformin oder Glitazone erhalten, sollten über die mögliche Verbesserung der Fertilität und das Auftreten einer Schwangerschaft informiert werden (CDA Grade D Consensus)
- Frauen mit Typ 2 Diabetes, die eine Schwangerschaft planen, sollten zur BZ-Einstellung von OAD auf Insulin wechseln (CDA Grade D Consensus). Frauen, die auch ein PCO haben, können Metformin zur Ovulationsverbesserung weiter einnehmen (CDA Grade D Consensus)
- Patientinnen, die vor bzw. in der Frühschwangerschaft Metformin erhalten haben, können es bis zur Umstellung auf die Insulintherapie beibehalten (NICE 2015).
- Potenziell embryopathische Medikamente sollten präkonzeptionell, spätestens aber bei Eintritt der Schwangerschaft abgesetzt werden (CDA Grade C Level 3 für ACE-Hemmer und ARB, CDA Grade D Level 4 für Statine)