

# Schwangerschaft bei bestehender Diabetes-Erkrankung

Was Ihre Patientinnen beachten sollten

## Hintergründe:

Schwangerschaften bei Frauen mit einem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes gelten als Hochrisiko-Schwangerschaften. Eine Betreuung der Schwangeren durch Spezialisten verschiedener Fachrichtungen (u. a. Diabetologen, Geburtsmediziner, Neonatologen, Hebammen und Augenärzte) ist notwendig.

Im Vergleich zu Schwangeren mit Typ-1-Diabetes haben Schwangere mit Typ-2-Diabetes häufiger ein höheres Lebensalter, Adipositas und eine chronische arterielle Hypertonie.<sup>1</sup>

## Worauf sollten Sie Patientinnen mit Kinderwunsch hinweisen?

- Eine Schwangerschaft sollte bei Patientinnen mit Diabetes nach Möglichkeit **geplant** sein.<sup>2</sup> So ist z. B. das Fehlbildungsrisiko für das Kind bei geplanten Schwangerschaften geringer. Der Grund: Eine bessere Beratung und Stoffwechseleinstellung sowie gezielte Blutglukose-Selbstkontrollen.<sup>1</sup>
- Vor der Schwangerschaft (präkonzeptionell) soll für **mindestens 3 Monate eine Stoffwechseleinstellung nahe des Normbereiches** erreicht werden (HbA1c < 7 %, besser < 6,5 %).<sup>1</sup>
- Wenn ein manifester Diabetes bei Schwangeren medikamentös therapiert werden muss, ist Insulin die Therapie der Wahl. Präkonzeptionell oder sofort nach dem Bekanntwerden der Schwangerschaft müssen Schwangere mit Typ-2-Diabetes mit einer **Umstellung von oralen Antidiabetika** auf Insulin beginnen.<sup>1</sup>
- Zu den möglichen **Begleiterkrankungen** während einer Schwangerschaft mit Diabetes gehören u. a. die diabetische Retinopathie und Nephropathie. Besteht bereits vor der Schwangerschaft eine Nephropathie, kann dies Risiken für Mutter und Kind haben. Eine diabetische Retinopathie kann während einer Schwangerschaft erstmals auftreten und/oder fortschreiten.<sup>1</sup> Frauen mit Diabetes wird empfohlen, bei Kinderwunsch und während der Schwangerschaft Untersuchungen zur frühzeitigen Risikoanalyse und Diagnose von Begleiterkrankungen durchführen zu lassen (z. B. augenärztliche Untersuchungen, Urinalbumin-Screening).<sup>1</sup>

## Diabetologische Notfälle und Stoffwechselziele während der Schwangerschaft

- Schwere **Hypoglykämien** müssen vermieden werden. Hypoglykämische Warnzeichen können durch eine stabile, normnahe Einstellung zunehmend unterdrückt sein und schließlich aufgrund unzureichender hormoneller Gegenregulation ganz fehlen.<sup>1</sup>
- Tritt während der Schwangerschaft eine **Ketoazidose** auf, ist dies eine kritische Notfallsituation. Eine sofortige stationäre Einweisung in eine geeignete Klinik in Begleitung einer Notärztin oder eines Notarztes ist erforderlich.<sup>1</sup>



### TIPP

Klären Sie auch die Angehörigen Ihrer schwangeren Patientinnen darüber auf, was in einer Notfallsituation zu tun ist (z. B. richtige Anwendung des Glukagon-Notfall-Sets/Spray).<sup>1</sup>

- Der **HbA1c-Wert** sollte alle 4-6 Wochen bestimmt werden.<sup>1</sup>
- Die **Blutglukosezielwerte** während der Schwangerschaft sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Blutglukosezielwerte (kapilläre Messung als Plasmaäquivalent) während der Schwangerschaft.<sup>1</sup>

Zeit	mg/dl	mmol/l
Nüchtern, präprandial	65–95	3,6–5,3
1 Std. postprandial	< 140	< 7,7
2 Std. postprandial	< 120	< 6,6
Vor dem Schlafen	90–120	5,0–6,6
Nachts 2:00–4:00 Uhr	> 65	> 3,6
Mittlere Blutglukose (MBG)	90–110	5,0–6,1

Tabelle 2: Checkliste zur Beratung bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt.<sup>1</sup>

Zeitpunkt	Empfehlungen	Erledigt
<b>Kinderwunsch</b>	Vor der Schwangerschaft sollte sich eine Frau mit vorbestehendem Diabetes durch ihre Diabetologin oder ihren Diabetologen und ihre Gynäkologin oder ihren Gynäkologen beraten lassen.	
	Dabei findet eine Analyse möglicher Begleitrisiken statt: - Retinopathie (Überweisung zur Augenärztin/Augenarzt) - Nephropathie (Bestimmung von Urinalbumin, Serum-Kreatinin und glomerulärer Filtrationsrate (GFR)) - Neuropathie (Anamnese und klinische Untersuchung) - Kardiovaskuläre Erkrankungen (klinische Untersuchung, EKG, Ergometrie und Echokardiografie) - Schilddrüsenfunktion (Bestimmung des TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon)-Werts)	
	Nach ärztlicher Beratung gegebenenfalls Anpassung der Medikation: - Orale Antidiabetika (OAD) durch Insulin ersetzen (Typ-2-Diabetes) - Bei bestehender Hypertonie: Antihypertonikum überprüfen	
	Ernährungsberatung zu <b>folatreicher Kost</b> (z. B. grünes Gemüse, Spinat, Salate, Tomaten, Hülsenfrüchte, Nüsse, Vollkornprodukte, Eier) und <b>jodreicher Kost</b> (z. B. Seefisch, Milchprodukte, Algen).	
	Einnahme von <b>Folsäure</b> (0,4 bis 0,8 mg/Tag) und <b>Jodid</b> (200 µg/Tag)	
	Ist die Patientin ausreichend geschult für ihr Diabetes-Selbstmanagement und den Umgang mit Notfallsituationen wie Hypoglykämien? Angehörige sollten eingewiesen werden in den Umgang mit einem Glukagon-Notfall-Set/Spray.	
	Glukosestoffwechsel optimieren: HbA1c-Wert < 7 % (< 53 mmol/mol) für mindestens 3 Monate	
<b>Bestätigte Schwangerschaft</b>	Beratung durch die Diabetologin oder den Diabetologen und die Gynäkologin oder den Gynäkologen in Anspruch nehmen.	
	Information der Schwangeren über Blutglukose-Zielwerte	
	Zur augenärztlicher Untersuchung auffordern	
<b>Alle 4 bis 8 Wochen</b>	Überprüfung des Blutglukose-Messgerätes mit Kontrolllösung	
<b>Ab der 16. Schwangerschaftswoche</b>	Bei steigendem Bedarf Insulindosis anpassen	
<b>20. bis 24. Schwangerschaftswoche</b>	Zur augenärztlicher Untersuchung auffordern	
<b>32. bis 36. Schwangerschaftswoche</b>	Zur Kontaktaufnahme mit Perinatalzentrum (mindestens Level 2) auffordern	
<b>34. bis 36. Schwangerschaftswoche</b>	Zur augenärztlicher Untersuchung auffordern	
<b>Nach der Entbindung</b>	Empfehlung, das Kind für 6 bis 12 Monate zu stillen.	

Link zu den Quellen!

Angeboten von:

