



Diabetes und Schwangerschaft

**40 Wochen, die die Welt
verändern**

Diabetes und Schwangerschaft

- ➔ Einführung
- ➔ Warum Risiko-Schwangerschaft?
- ➔ Das Team
- ➔ Das 1. Trimenon
- ➔ Das 2. Trimenon
- ➔ Das 3. Trimenon
- ➔ Geburt

Wer sind wir?

- ☞ Die Diabetes-Praxis im Girardet-Haus
 - ☞ Besteht seit 1993
 - ☞ Behandelt ausschließlich Diabetiker
 - ☞ Betreut etwa 60 Schwangere pro Jahr
 - ☞ Betreut etwa 1000 Diabetiker pro Quartal
 - ☞ Besteht aus Diabetologe, Diabetes-Berater, Diabetes-Assistenten
 - ☞ Setzt die erfolgreiche Tradition der Diabetes-Abteilung am KH St. Josef in Essen-Werden fort

...die letzten 80 Jahre...

- ➔ Vor 1921 wurde kaum eine Diabetikerin schwanger
- ➔ 1921-1940: perinatale Sterblichkeit beträgt 30%
- ➔ 1941-1970: durch Teamarbeit sinkt die Mortalität auf 20%. Die Mißbildungsrate ist hoch

...die letzten 80 Jahre...

- ➔ **1970-1980:** der Zusammenhang zwischen Stoffwechseleinstellung und Mißbildungen bzw. Kindstod ist unübersehbar
- ➔ **1980-1998:** durch ICT, BZ-Selbstkontrollen und Teamarbeit sind die perinatale Sterblichkeit und Mißbildungsrate normal. Regionale Unterschiede!

Warum Risiko-Schwangerschaft?

- ☞ Hohe mütterliche BZ über Stunden sind toxisch für den Embryo (Mißbildungen)
- ☞ schlechte Stoffwechseleinstellung begünstigt große (makrosome) Kinder, die ein Geburtshindernis sein können
- ☞ das Risiko einer EPH-Gestose ist bei schlechter Einstellung erhöht

Therapieziele in der Schwangerschaft

- ➔ Wohlergehen von Mutter und Kind
- ➔ Verhinderung von Mißbildungen durch normale BZ (60-90mg%)
- ➔ Vermeidung von Hypos
- ➔ normale Entbindung ohne Kaiserschnitt
- ➔ Entbindung zum Termin

Das Team

- ➔ Mutter
- ➔ Diabetologe
- ➔ niedergelassener Gynäkologe
- ➔ Entbindungsabteilung

Das 1. Trimenon

- ☞ Zu Beginn (4.-6. Woche) oft unerklärliche BZ-Schwankungen
- ☞ später v.a. nachts niedriger Insulinbedarf
- ☞ Normoglykämie für die Organentwicklung entscheidend
- ☞ Kontrolle des Augenhintergrundes

Das 2. Trimenon

- ☞ der Insulinbedarf steigt ab Ende des 2. Trimenons kontinuierlich an
- ☞ es kann sinnvoll werden
 - ☞ den morgendlichen Spritz-Eßabstand zu vergrößern
 - ☞ das Basis-Insulin tagsüber zu splitten
- ☞ sonografische Mißbildungsdiagnostik

Das 3. Trimenon

- ➔ Der Insulinbedarf steigt weiter
- ➔ Hinweise auf eine Gestose beachten
 - ➔ Beinödeme
 - ➔ erhöhter Blutdruck
 - ➔ Eiweiß im Urin
- ➔ (Belastungs-)CTG-Kontrolle

Das 3. Trimenon

- ➔ Ab der 32.SSW engmaschige Ultraschallkontrollen und 2x/Wo. CTG
- ➔ ab der 38.SSW tägliche (ambulante) CTG-Kontrollen
- ➔ gfls. Belastungs-CTG
- ➔ abrupter Rückgang des Insulinbedarfs ist ein Hinweis auf Plazenta-Insuffizienz

Geburt

- ☞ Unter der Geburt sollten die BZ zwischen 70 und 110mg% liegen
- ☞ Steuerung am besten über einen Insulinperfusor (i.v.)
- ☞ parallel dazu 5%ige Glucose-Infusion (nicht mehr als 250ml/h)

Nach der Geburt...

- ☞ ...sinkt der Insulinbedarf abrupt
- ☞ Insulindosis (Normal- und Basal-Insulin) auf weniger als vor der Schwangerschaft reduzieren
- ☞ engmaschige BZ-Kontrollen beim Neugeborenen in den ersten 48h

Ckeckliste

☞ **Normale HbA1c vor der Schwangerschaft**

☞ **beim Diabetologen:**

- ☞ **Besuchstermine alle 14 Tage mit Gewichts-, Blutdruck- und Urin-Kontrolle**
- ☞ **HbA1c alle 4 Wochen**
- ☞ **Kontrollen von Nieren-, Leberwerten und Blutbild, v.a. im letzten Trimenon**

☞ **beim Gynäkologen:**

- ☞ **Termine alle 14 Tage**
- ☞ **Sono 1x im 1.Trimenon, monatlich im 2.Trimenon, 2-4x/Wo. Im letzten Drittel**
- ☞ **20.-22.SSW Sono Stufe III auf Mißbildungen**
- ☞ **ab 32.SSW CTG 2x/Wo., ab 38.SSW tgl.**

☞ **beim Augenarzt:**

- ☞ **Kontrolle 2-3x während der Schwangerschaft**