

SVANGERSKAPSDIABETES

Litt fra endorkinologen

Hva er svangerskapsdiabetes?

- Svangerskapsdiabetes har *tidligere* vært definert som hyperglykemi som oppstår eller diagnostiseres under svangerskapet, og ble ansett som en sykdom relatert til graviditeten.
- *I dag* anses svangerskapsdiabetes ikke primært som en sykdom, men heller som en tilstand som oppstår og erkjennes i svangerskapet,
- men som også indikerer økt risiko for komplikasjoner for mor og barn på kort og lang sikt.
- Tilstanden skyldes vanligvis en kombinasjon av insulinresistens og redusert evne til økt insulinproduksjon fra betacellene i pankreas.

Kvinner med fastende glukose 5,3-6,9 mmol/l og/eller 2 timers glukose 9,0-11,0 mmol/l etter glukosebelastning har svangerskapsdiabetes og bør få oppstart av behandling

- Kosttiltak er grunnpillaren .
- første kontroll etter ca 1-2 uker etter diagnosetidspunkt, deretter med 2-4 ukers mellomrom
- Dersom flere (rundt 3) egenmålinger er over behandlingsmålene i løpet av en 14 dagers periode, bør kvinnen henvises til spesialisthelsetjenesten.
- Behandling med glukosesenkende legemidler ved svangerskapsdiabetes er en spesialistoppgave. HbA1c bør måles når kvinnen ikke oppnår behandlingsmålene.
- Postpartum oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes bør planlegges i svangerskapet og ansvaret for dette avklares før fødsel.
- Det bør lages en plan for oppfølging etter fødsel som omfatter informasjon om forebyggende livsstilstiltak og testing med HbA1c.

Kvinner med svangerskapsdiabetes bør få opplæring i egenmåling av glukose

- Behandling styres etter kvinnens egne glukosemålinger.
- -som et alternativ på kort sikt ukentlige målinger av fastende glukose og glukose 2 timer etter måltid.
- Det foreslås følgende behandlingsmål for egenmålinger:
Fastende glukose: <5,3 mmol/l og glukose 2 timer etter måltidets start: <6,7 mmol/l.
- Behandlingen bør styres slik at symptomgivende hypoglykemi unngås (glukose < 3,2 mmol/l).

Effekten av den samlede behandlingspakken (kostmodifikasjon, råd om fysisk aktivitet, egenmåling av glukose og insulinbehandling), mot ingen behandling

- omfatter opp til 2000-2600 kvinner for de fleste utfall.
- Evidensen er av moderat kvalitet for at den samlede behandlingspakken reduserer flere klinisk viktige utfall
- Det er ikke holdepunkt for ugunstige virkninger av behandlingen. (Hartling 2013)

Data fra historiske kohorter for perioden 1991-2001 for kvinner med kostbehandlet svangerskapsdiabetes

- Etter at daglige egenmålinger ble innført i 1998, sammenlignet med ukentlige målinger på sykehuset i første del av tidsperioden fant man signifikant nedgang
 - i fødselsvekt (3536 g vs 3690 g),
 - makrosomi (21,9% vs 29,5%)
 - og LGA barn (23,1% vs 34,4%)

(Hawkins JS, 2009).

Henvisning

- Dersom behandlingsmålene (fastende glukose: <math><5,3 \text{ mmol/l}</math> og glukose 2 timer etter måltidets start: <math><6,7 \text{ mmol/l}</math>) ikke nås i løpet av 1-2 uker, og der ytterligere kostendring ikke vil gi verdier i normalområdet, er det naturlig å henvise til spesialist
- Dette vil være aktuelt for 20-50 % av kvinner med svangerskapsdiabetes.

Metformin

- Ikke forskjeller i preeklamsi, makrosomi, SGA, alvorlig og mild neonatal hypoglykemi, eller fastsittende skuldre når bruk av metformin eller insulin sammenlignes.
 - 38 % lavere forekomst av alvorlig neonatal hypoglykemi,
 - 47 % lavere gestasjonsindusert hypertensjon,
 - 1,1 kg mindre vektøkning hos mor ved behandling med metformin sammenlignet med insulin.
- Metformin passerer placenta, men det er ingen holdepunkter for teratogene effekter.
- En oppfølgingsstudie av barna fant ingen forskjell i total fettmengde, fettprosent eller midje-hoferatio i 2 års alder, men barna i metformin-gruppen hadde litt større overarmsomkrets og hudfoldtykkelse på overarm og subskapulært (Rowan 2011).
- Metformin kan øke forekomst av preterm fødsel (før 37) med 50 %,
- Gjennomsnittlig svangerskapslengde er kun 0,16 uke kortere

Insulinbehandling

- Høye fastende glukoseverdier taler for kveldsdose med middels-langsvirkende insulin.
- Høye postprandiale glukoseverdier taler for morgendose med middels-langsvirkende insulin
 - Evt hurtigvirkende til måltid.
- Ved >40 enheter i døgnet vil basal-bolus-regime som regel være å foretrekke.
- Analoger der det foreligger lengre tids erfaring anbefales.
- Insulinregime tilpasses individuelt ut fra egenmålingene.
- Metformin gis som regel ikke som tilleggsbehandling.

Kvinner med svangerskapsdiabetes foreslås henvist til fødepoliklinikk ved uke 36 for ultralyd og planlegging av fødsel

- økt risiko for (ufysiologisk) store barn (LGA/makrosomi).
- Noen kvinner med svangerskapsdiabetes har imidlertid dårlig placentafunksjon og barnet kan da bli vekstretardert.
- Det er et sannsynlig overforbruk av ultralydundersøkelser hos kvinner med svangerskapsdiabetes uten komplikasjoner, særlig ved mild hyperglykemi
- Dårlig glykemisk kontroll, komplikasjoner og mistanke om vekstretardasjon eller rask fostervekst representerer imidlertid selvstendige indikasjon for ultralydundersøkelse.

Takk for oppmerksomheten!
