



Raskausdiabetes

Mitä uutta päivityksessä?

- 75 g:n glukoosirasituksen raja-arvot säilyvät ennallaan: 5,3 mmol/l (paastoarvo), 10,0 mmol/l (1 h) ja 8,6 mmol/l (2 h).
- On tärkeää diagnosoida raskausdiabeteksen harvinaisemmat tyypit (5–10 %), joissa äiti on yleensä normaalipainoinen: joko autoimmuunipohjainen LADA (latent autoimmune diabetes in adults), tai perinnöllinen MODY (maturity onset diabetes in the young). LADAn diagnoosi vahvistuu GAD-vastaainetestillä, MODYn geenitestillä.
- Raskausdiabeetikolla on suurentunut riski sairastua myöhemmin tyypin 2 diabetekseen. Riskiä voi pienentää laihduttamalla normaalipainoon, liikkumalla ja syömällä terveellisesti.

Määritelmä, etiologia ja yleisyys, diagnosointi ja seuranta

Raskausdiabetes tarkoittaa poikkeavaa glukoosiaineenvaihduntaa, joka todetaan ensimmäisen kerran raskauden aikana. Valtaosalla (80–90 %) tauti liittyy lihavuuteen ja sukurasitteeseen. Suomessa glukoosirasituskokeen tulos oli vuonna 2011 poikkeava 12,5 %:lla synnyttäjistä. Raskausdiabetes uusiutuu noin kolmanneksella.

Ravitsemushoito ja liikunta

Ravitsemushoito on hoidon kulmakivi. Siinä noudatetaan yleisiä raskausajan ja diabeteksen ravitsemussuosituksia. Raskaudenaikaisia painonnoususuosituksia pyritään noudattamaan. Työryhmä kuitenkin suosittaa, ettei lihavilla raskausdiabeetikoilla paino nousisi lainkaan diagnoosin varmistuttua. Liikuntaharjoittelu vaikuttanee edullisesti glukoositasapainoon.

Lääkehoito

Jos tavoitearvot (paastoarvo < 5,5 ja aterianjälkeinen < 7,8 mmol/l) eivät toteudu ravitsemushoidolla, lisätään lääkehoito. Ensisijaisesti käytetään insuliinia, erityistapauksissa metformiinia tai insuliinin ja metformiinin yhdistelmää. Insuliinihoito aloitetaan synnytyssairaalassa ja jatketaan synnytykseen saakka.

Sikiökomplikaatiot

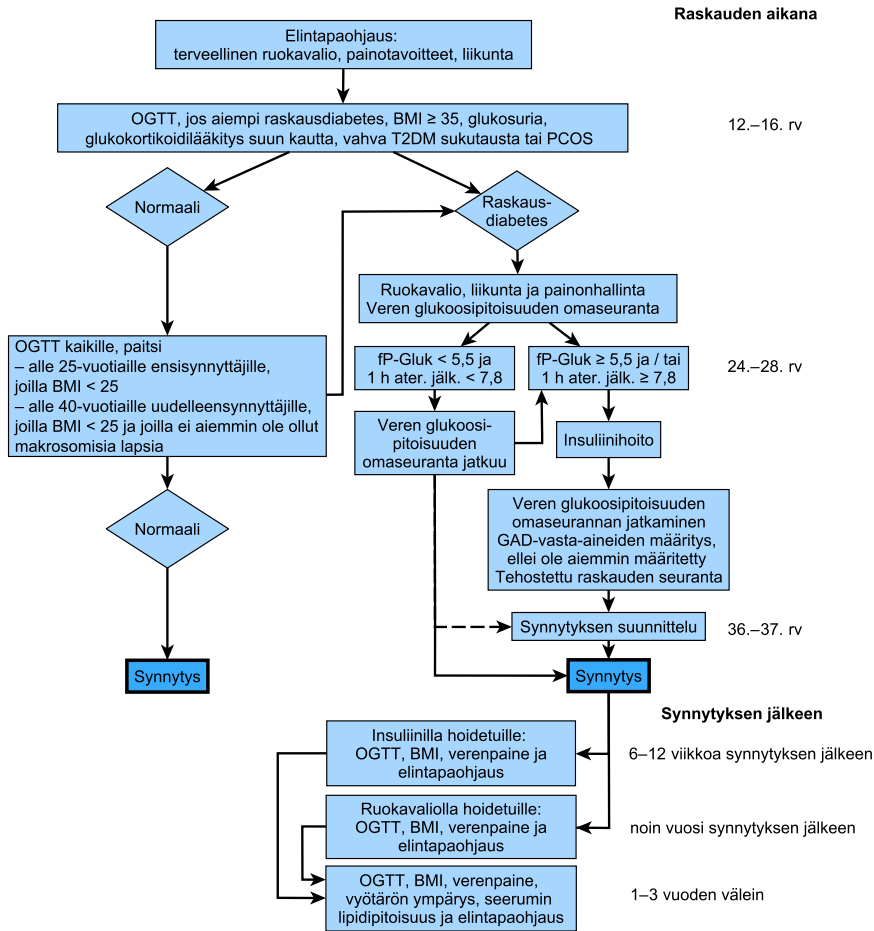
Makrosomia esiintyy insuliinihoitoisten raskausdiabeetikkojen sikiöillä 4–5 kertaa enemmän ravitsemushoitoisiin verrattuna. Tärkeimmät makrosomian riskitekijät ovat raskausdiabeteksen vaikeus, äidin lihavuus, raskaudenaikainen suuri painonnousu ja aiempi makrosominen lapsi. Raskausdiabeteksessa makrosomisen sikiön ruumiinrakenne altistaa alatiesynnytyksessä sikiön ulosautto-ongelmille, hartiadystokialle ja traumaolle sekä äidin synnytysrepeämille.

Synnytys

Synnytys hoidetaan diabeetikoiden hoitoon perehtyneessä synnytyssairaalassa, jossa on valmius vastasyntyneen tehostettuun seurantaan ja hoitoon. Lääkehoidetuilla tulee synnytyksen käynnistämistä harkita 38. raskausviikon täytyttyä ja viimeistään laskettuun aikaan mennessä. Keisarileikkausta suositellaan, jos sikiön painoksi arvioidaan yli 4 500 g.

Vastasyntyneen ongelmat

Makrosomia ja äidin huono sokeritasapaino lisäävät sikiön ja vastasyntyneen perinataalikomplikaatioiden vaaraa. Äidin raskauden ja synnytyksen aikainen hyperglykemia lisää vastasyntyneen hypoglykemian riskiä. Vastasynty-



© Käypä hoito -suositustyöryhmä Raskausdiabetes

tyneen hypoglykemian raja-arvona käytetään yleisimmin alle 2,6 mmol/l:n verenglukosiarvoa. Ensimmäisen syötön tulisi tapahtua ensimmäisen elintunnin aikana ja syöttöjen jatkua 2 tunnin välein.

Lapsen myöhäisennuste

Äidin raskausdiabetes, erityisesti sen liittyessä äidin ylipainoon, lisää lapsen myöhempää liikapainon, glukosiaineenvaihdunnan häiriön ja metabolisen oireyhtymän riskiä. ■

RISTO KAAJA (PJ.), HEIDI ALENIOUS, TARJA KINNUNEN, JORMA KOMULAINEN, NINA PERÄNEN, TAPANI RÖNNEMAA, JOUKO SARAMIES, HANNA SOUKKA, KARI TERAMO, PIIA VUORELA ja MARJA VÄÄRÄSMÄKI

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkarineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care Guideline: Gestational diabetes

Gestational diabetes screening using a 75 g oral glucose tolerance test should be offered to all pregnant women, except those who are at low risk. 10–15% of gestational diabetes is caused by LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) or MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young), in which mothers generally sustain a normal body weight. The diagnostic criteria for gestational diabetes are venous plasma glucose levels $\geq 5,3$ mmol/l (fasting), $\geq 10,0$ mmol/l (1 h) and $\geq 8,6$ mmol/l (2 h). Achieving a normal body weight is crucially important to mothers after delivery.