

Die Forschenden erklären auch, wie die neuen Erkenntnisse in Zukunft medizinisch genutzt werden könnten: etwa durch die Transplantation von beige Fettzellen in Menschen, die davon nur wenige haben und an Stoffwechselkrankheiten oder Gewichtsproblemen leiden, oder durch die Entwicklung von Medikamenten, welche die oft inaktiven beige Fettzellen aktivieren. Damit könnten Menschen mit

hohem Blutzuckerspiegel behandelt werden oder ehemals Übergewichtige Menschen unterstützt werden, ihr niedrigeres Körpergewicht langfristig zu halten.

Literatur

1. Wang T, Sharma AK, Wu C et al (2024) Single Nucleus Transcriptomics Identifies Separate Classes of UCP1 and Futile Cycle Beige Cells. *Cell Metab.* <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2024.07.005>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

J. Endokrinol. Diabetol. Stoffw.

2024 · 17:122–123

<https://doi.org/10.1007/s41969-024-00247-1>

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2024

Quelle: Pressemitteilung Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETH Zürich); www.idw-online.de

Umdenken gefordert

Gestationsdiabetes früh erkennen, Risiken langfristig im Blick behalten!

Beim Gestationsdiabetes beginnt und endet das Problem nicht mit der Schwangerschaft. Die Autor*innen der TOBOGM-Studie fordern ein Umdenken, weg vom routinemäßigen Screening zwischen der 24. und 28. Woche hin zu einem „personalisierten integrativen Ansatz“ mit Prävention, frühzeitigem Screening, frühzeitiger Behandlung und fortgesetztem Monitoring nach der Geburt.

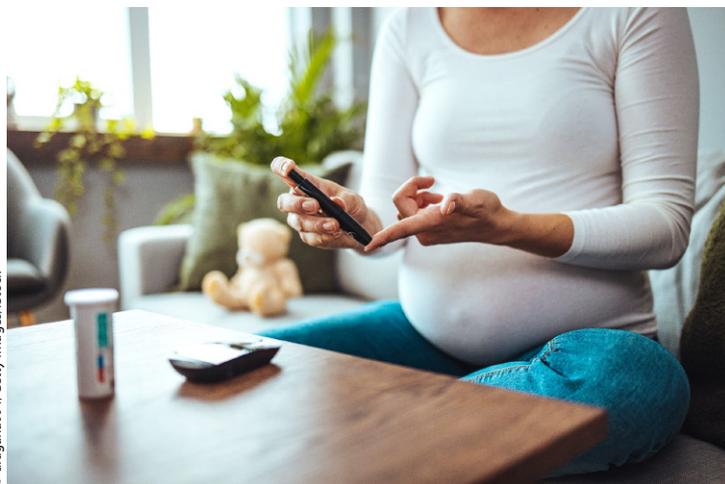
Der Gestationsdiabetes (GDM) zählt zu den häufigsten medizinischen Problemen in der Schwangerschaft. Die damit verbundenen kardiometabolischen Risiken betreffen Mutter und Kind, nicht nur während der Schwangerschaft und post partum, sondern weit darüber hinaus. Studien haben gezeigt, dass rechtzeitig

initiierte Lebensstilinterventionen vor der Entwicklung eines manifesten Typ-2-Diabetes und langfristig auch vor kardiovaskulären Erkrankungen schützen können. Ein früh erkannter GDM könnte ein Trigger für solche Interventionen sein. Arianne Sweeting vom Royal Prince Alfred Hospital in Sydney und ihr

Team fordern daher ein komplettes Umdenken: Der Fokus dürfe nicht mehr vorrangig auf der Diagnostik und ggf. Behandlung in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche liegen, sondern müsse ersetzt werden durch einen „personalisierten integrativen Ansatz“, beginnend bereits vor der Konzeption, mit Präventionsmaßnahmen, frühzeitigem Screening, frühzeitiger Behandlung und postpartal langfristig fortgesetztem Monitoring.

Bisheriges Vorgehen greift zu kurz

Nach Sweeting und ihrem Team handelt es sich beim GDM um eine multifaktorielle Störung, die oft schon vor der Konzeption ihren Anfang nehme [1]. In vielen Fällen liege bereits zu Beginn der Schwangerschaft eine gestörte Glukosetoleranz und/oder eine gestörte Nüchternglukose vor. Bei 30–70 % der Betroffenen mit GDM trete dieser bereits vor der 20. Woche auf.



© dragana991/Getty Images/Stock

▲ Die mit Gestationsdiabetes verbundenen kardiometabolischen Risiken betreffen Mutter und Kind weit über Schwangerschaft und Geburt hinaus

Solche Fälle seien nachgewiesenermaßen mit gravierenden Schwangerschaftskomplikationen assoziiert. Der in vielen Ländern übliche Ansatz, die werdenden Mütter erst im 3. Trimenon zu testen und Betroffene nach der Geburt nur 4–12 Wochen lang zu überwachen, greife daher zu kurz.

Nutzen der frühen Diagnose belegt

Erst kürzlich konnten Sweeting und Mitforschende in der randomisierten kontrollierten Treatment of Booking Gestational Diabetes Mellitus (TOBOGM)-Studie einen deutlichen Nutzen der frühen GDM-Diagnose und -Therapie bei Patientinnen mit Risikofaktoren (z. B. Diabetes in der Familie, Übergewicht oder Adipositas, Alter über 40 Jahre, GDM in der Vorgeschichte, polyzystisches Ovarialsyndrom) nachweisen [2]. Ein Therapiebeginn vor der 20. Schwangerschaftswoche (bei GDM-Diagnose gemäß den WHO-Kriterien, s. u.) war dabei mit einer signifikanten Reduktion perinataler Komplikationen (Frühgeburt, Geburtstrauma, hohes Geburtsgewicht, respiratorische Insuffizienz, Totgeburt oder Schilddrüsenerkrankung) assoziiert.

Der oGTT (oraler Glukosetoleranztest) gilt derzeit als Goldstandard für die GDM-Diagnose. Die WHO empfiehlt seit 2013, diesen als einzeitigen Test mit 75 g Glukose (Bestimmung nach 2 h) ohne vorheriges Screening allen Schwangeren zwischen Woche 24 und Woche 28 anzubieten. Dieser Empfehlung folgte auch die deutsche S3-Leitlinie (derzeit in Überarbeitung), nach der ohne Vortest „bei Schwangeren ein 75-g-oGTT zwischen 24 + 0 und 27 + 6 SSW durch-

geführt werden soll“ (Härtegrad A) [3]. Die mittlerweile abgelaufene Fassung beinhaltet auch den Hinweis, bei Erstvorstellung im 1. Trimenon bereits Risikofaktoren für Diabetes abzuklären. Ggf. soll primär die Nüchternglukose bestimmt werden.

Effiziente Behandlung möglich

Nach Sweeting et al. gibt es Hinweise darauf, dass Schwangere auch einen frühzeitigen oGTT in der Regel nicht ablehnen würden. Das Team schlägt als ersten Schritt präventive Maßnahmen vor, als zweiten die Diagnostik mittels 75-g-oGTT, vorzugsweise bereits vor der 14. Schwangerschaftswoche.

An die Publikation der Sweeting-Gruppe im *Lancet* schließt sich ein „Call to Action“ an [4]: Darin fordern David Simmons von der School of Medicine an der Western Sydney University und seine Forschungsgruppe, „Strategien zur Prävention, Diagnose und Behandlung des frühen GDM zu implementieren.“ Die frühzeitige Diagnose und Behandlung, insbesondere vor der 14. Schwangerschaftswoche, habe sich als nützlich erwiesen. Auch Maßnahmen zur Verhinderung eines späten GDM seien dann am wirksamsten, wenn sie im 1. Trimenon begonnen würden.

Nach GDM-Diagnose langfristig überwachen

Frauen mit bereits diagnostiziertem GDM empfiehlt das australische Team auch nach der Geburt ein regelmäßiges Screening auf Dysglykämien und kardiometabolische Störungen. Zwischen vier und zwölf Wochen post partum solle ein

75-g-oGTT erfolgen. Weitere Tests könnten dann zunächst jährlich angeboten werden. „Die Überwachungsmaßnahmen sollten in den ersten sechs Jahren nach der Geburt besonders intensiv sein, denn dieser Zeit ist das Diabetesrisiko am höchsten und die meisten Frauen planen eine weitere Schwangerschaft“, schreiben Simmons und Kolleginnen. Im Folgenden könne das Screening auf der Grundlage eines dynamischen Risiko-Assessments pragmatischer gehandhabt werden, müsse aber im Prinzip lebenslang erfolgen.

Literatur

1. Sweeting A et al (2024) Gestational Diabetes 2 – Epidemiology and management of gestational diabetes. *Lancet* 404(10448):175–192
2. Simmons D et al (2023) Treatment of gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy. *N Engl J Med* 388:132–144
3. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage 2018. AWMF-Registernummer: 057–008; https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008|_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf
4. Simmons D et al (2024) Gestational Diabetes 3 – Call to action for a life course approach. *Lancet* 404(10448):193–214

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

J. Endokrinol. Diabetol. Stoffw. 2024 · 17:123–124

<https://doi.org/10.1007/s41969-024-00250-6>

© Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2024

Quelle: Dr. Elke Oberhofer, www.SpringerMedizin.de