

14-jährige, Patientin mit Schwangerschaft bei Typ-1-Diabetes – eine Herausforderung für die Familie, das Diabetes- und Geburtshilfeteam

T. Biester¹, N. Datz¹, M. Fath¹, W. von Schütz¹, K. Kapitzke¹, I. Gottwald¹, K. Remus¹, A. Nieswandt¹,
C. Morfeld², W. von dem Berge³, T. Danne¹, O. Kordonouri¹

¹ AUF DER BULT, Diabetes-Zentrum für Kinder und Jugendliche,

²Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Perinatalzentrum Hannover; ³Diabetes-Zentrum Hannover-Nord

EINLEITUNG

Die Schwangerschaft einer Frau mit Typ-1 Diabetes (T1D) wird als Risikoschwangerschaft betrachtet, die einer engmaschigen interdisziplinären Behandlung mit eng gesteckten Stoffwechselzielen bedarf.

Wir berichten über eine schwangere Jugendliche mit T1D, bei der zusätzlich zu der schwangerschaftsbedingten Insulinresistenz die Faktoren Pubertät und extreme Adipositas hinzukamen.

FALLVORSTELLUNG

Die 14^{4/12} Jahre alte Patientin (BMI 35,7 kg/m², >99,5 Perz.) mit schlecht eingestelltem T1D (HbA1c 9-10% in den letzten 5 Jahren) und CSII berichtete in der 10. Woche von einer bestehenden Schwangerschaft und erklärte nach ausführlicher interdisziplinärer Beratung, ihr Kind austragen zu wollen.

PROCEDERE

- Schulung und Einstellung auf eine Sensor-unterstützte CSII
- Rasche Besserung der Stoffwechsellage
- Trotz adäquaten Therapieverhaltens wiederholt Acetonbildung
- Umstellung auf ein Normalinsulin, hierunter keine Ketonbildung
- Wiederholte stationäre Aufnahmen zur Therapieanpassung
- Insulinbedarf stetig ansteigend
- Ab der 30. SSW nur noch Basalgabe über die Pumpe, prandiales Insulin mittels Pen
- Insulinbedarf zum Schwangerschaftsende ca. 3 IE/kgKG/Tag
- HbA1c 6,9%

- **Entbindung in 37+0 SSW**
- **primäre Sectio bei fetaler Makrosomie**
- **GG 4345 g (500g >97.P), Länge 52cm (75.-90.P), Kopfumfang 35,5 (90.P)**
- **Apgar 8/9/9, NapH 7,24**
- **Postnatale Hypoglykämien für 48 Std.**
- **Ohrmuscheldysplasie**
- **Versorgungspflichtige Schwerhörigkeit**

- Der Insulinbedarf reduzierte sich nach der Entbindung rasch: Am Tag nach der Entbindung bestand ein Basalbedarf von 47 IE vs. 188 IE ante partum.
- Die Mutter der Patientin hat „Großelternzeit“ beantragt, um für die weitere Versorgung zur Verfügung zu stehen.

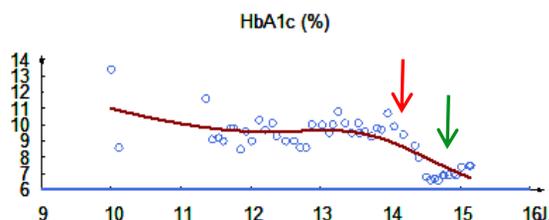


Abb. 1: HbA1c-Verlauf (roter Pfeil: Feststellung SS; grüner Pfeil: Entbindung)

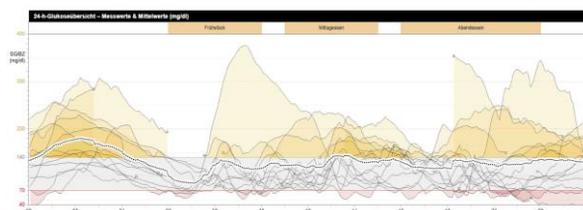


Abb. 2: Einstellung in 12 SSW. Nüchtern noch Hyperglykämien



Abb. 3: Sonographisch Polyhydramnion

- Die Schwangerschaft war durch eine diabetische Fetopathie mit einem Polyhydramnion kompliziert.
- Die feto-maternalen Doppler waren zu jederzeit unauffällig.
- Zudem zeigten sich eine Zervixinsuffizienz und eine vorzeitige Wehentätigkeit
- Lungenreife mit 2 x 12 mg Celestan; hierunter vermehrte Hyperglykämieeignung.

ZUSAMMENFASSUNG

- ✓ Bei der 14-jährigen Patientin hat der Wunsch nach einem Austragen der Schwangerschaft zu einer deutlichen Verbesserung der Therapieadhärenz geführt, allerdings stellte das Insulinmanagement mit einer ausgeprägten Insulinresistenz eine große Herausforderung dar.
- ✓ Da die Betreuung von Schwangeren im pädiatrischen Umfeld eine Seltenheit ist, ist die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit von internistischen Diabetologen, Geburtshelfern und Kinderärzten notwendig.
- ✓ Auch nach der Geburt bleibt die Situation eine große Herausforderung für die gesamte Familie.