

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Hvordan forebygge og behandle
svangerskapsdiabetes?**

Notat, januar 2006

ISBN 82-8121-078-8

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|
| Tittel | Hvordan forebygge og behandle svangerskapsdiabetes? |
| Institusjon | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten |
| Samarbeidende institusjon | |
| Ansvarlig | John-Arne Røttingen, direktør |
| Forfatter | Reinar, Liv Merete |
| ISBN | 82-8121-078-8 |
| Arbeidsnotat | 2006 |
| Prosjektnummer | 237 |
| Antall sider | 6 |
| Oppdragsgiver | Sosial- og helsedirektoratet |

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, januar 2006

Hvordan forebygge og behandle svangerskapsdiabetes?

Konklusjon

I dag finnes det ikke tilstrekkelig ny kunnskap som rokker ved anbefalinger for screening og behandling av svangerskapsdiabetes slik de gis i norske retningslinjer.

Bakgrunn

Omfang av svangerskapsdiabetes

Cirka 8 av 1000 gravide kvinner får påvist sukkersyke eller nedsatt sukkertoleranse i løpet av svangerskapet, såkalt svangerskapsdiabetes. I tillegg har ca. 6 av 1000 gravide påvist sukkersyke før graviditeten (1). Det vil si at ca. 1,4 % av de gravide har diabetes, mens det påvises sukker i urinen hos 10–30 % av de gravide ifølge Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) (2) og hos 70–80 % ifølge Legehåndboka (3). Forskjellene skyldes at det er ulike kriterier for diagnostisering i litteraturen.

Usikkerhet om behandling

Det er stor usikkerhet om hvordan vi skal diagnostisere og behandle kvinner med svangerskapsdiabetes og eventuelt hvilke konsekvenser dette får for mors og barns helse. Dette ble avdekket i forbindelse med at Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge (4).

Denne problemstillingen er også reist i Kvinnehelsemeldingen og Folkehelsemeldingen, der Helse- og omsorgsdepartementet retter oppmerksomheten spesielt mot minoritetskvinner og utvikling av svangerskapsdiabetes. Problemet gjelder imidlertid også i økende grad etnisk norske kvinner.

Sprikende anbefalinger

Retningslinjene på området fra NICE

National Institute for Clinical Excellence (NICE) laget en systematisk oversikt over svangerskapsdiabetes i oktober 2003 (5). Denne viser ingen tydelig effekt på fødselskomplikasjoner ved aktiv behandling av svangerskapsdiabetes. Forfatterne sier at ”svangerskapet ikke er ideelt tidspunkt for å screene befolkningen for diabetes mellitus”. På bakgrunn av denne oversikten anbefales ikke screening i svangerskapet, men det presiseres at det vil gjøres en ny vurdering når resultatene fra to store nye studier på feltet foreligger. Disse studiene er ACHOIS-studien (6) og HAPO-studien, som forventes publisert i 2006/2007 (7).

Gjeldende norske retningslinjer

NSAM har inntil videre valgt å anbefale testing av gravide med økt risiko for svangerskapsdiabetes:

- alder > 38 år
- type 1- eller type 2-diabetes hos foreldre eller søsken

- overvektige med BMI > 27 ved svangerskapets begynnelse
- tidligere påvist svangerskapsdiabetes
- innvandrere fra utviklingsland

Det anbefales i NSAMs handlingsplan å gjøre glukosetoleransetest hos gravide med økt risiko. Ved forhøyet resultat bør pasienten henvises til spesialist for nærmere undersøkelser og eventuell behandling. Testen anbefales utført i 26.–28. svangerskapsuke, men tidligere dersom det påvises sukker i morgenurin (2).

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen som ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet våren 2005, følger anbefalingene fra NSAM slik de forelå i 2005.

Oppdraget

Da det er sprikende anbefalinger fra NICE og NSAM når det gjelder svangerskapsdiabetes, ga Sosial- og helsedirektoratet Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i oppdrag å lage en kunnskapsoppsummering på feltet. Kunnskapsoppsummeringen skulle danne grunnlag for eventuell revidering av retningslinjene for *screening, behandling og forebygging* av svangerskapsdiabetes i Norge.

Kunnskapssenteret utarbeidet en prosjektplan der vi skisserte fem spørsmål:

1. Hvordan skal svangerskapsdiabetes defineres og diagnostiseres?
2. Vil screening for svangerskapsdiabetes redusere sykelighet hos mor og/eller barn?
3. Er det påvist effekt av å teste en utvalgt risikogruppe?
4. Er det vist at aktiv behandling av svangerskapsdiabetes reduserer sykelighet hos mor og/eller barn?
5. Finnes det effektive tiltak som forebygger svangerskapsdiabetes?

Gjennomføring

Vi opprettet en utredningsgruppe som bestod av eksperter på diabetes, svangerskap og allmennpraksis. Medlemmene av utredningsgruppen var glade for interessen for dette viktige feltet. Det var sentrale og vesentlige spørsmål som var stilt i bestillingen og prosjektplanen. Imidlertid mente gruppen at vi ikke ville finne nye og ikke allerede oppsummerte forskningsresultater i forhold til de fire første spørsmålene ovenfor. Det finnes allerede gode systematiske oversikter på feltet (5,8,9). Det er blant annet disse som ligger til grunn for retningslinjene i Norge i dag (2,4).

Tilgjengelige studier på området

Alle tilgjengelige systematiske oversikter konkluderer per i dag med at det trengs store randomiserte kontrollerte forsøk. Vi kjenner til flere slike studier. ACHOIS Trial Group publiserte sin studie i juni 2005 (6). HAPO-studien (7) forventes publisert 2006/2007 (vi har hatt kontakt med forfatteren). En lederartikkel i New England Journal of Medicine (10) viser også til andre randomiserte kontrollerte studier, som er én pilotstudie og én pågående studie (11,12).

I ACHOIS-studien undersøkte forskerne om behandling av gravide med svangerskapsdiabetes førte til mindre risiko for komplikasjoner hos mor og barn (6). Dette er den største randomiserte studien som i dag er tilgjengelig for å besvare vår problemstilling. Behandlingen som ble tilbudt kvinnene i tiltaksgruppen (490 kvinner), var kostråd, målinger av blodsukker og insulin der det var nødvendig. Dette ble sammenliknet med vanlig behandling (510 kvinner). Det var færre nyfødte med alvorlige komplikasjoner i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen (1 % versus 4 %). Men flere barn fra tiltaksgruppen ble overflyttet til nyfødtavdeling (71 % versus 61 %). Flere kvinner i tiltaksgruppen fikk fødselen fremskyndet (39 % versus 29 %). Det var like mange keisersnitt i begge grupper (31 % og 32 %). Tre måneder etter fødsel var det færre kvinner i tiltaksgruppen som var deprimerte og flere kvinner som skåret høyere på livskvalitetsmål. Men disse oppfølgingsdataene var bare tilgjengelig fra totalt 573 kvinner, og resultatet må derfor tolkes med forsiktighet. Forfatterne konkluderer med at behandling av svangerskapsdiabetes reduserer perinatal sykkelighet og kanskje kan øke kvinners helse relaterte livskvalitet.

Avslutning

Utredningsgruppens medlemmer kjenner til ACHOIS-studien og mener at funnene ikke gir grunn til å endre dagens anbefalinger i Norge. Kunnskapssenteret har i samarbeid med utredningsgruppen og oppdragsgiver i Sosial- og helsedirektoratet besluttet at utredningen "Hvordan forebygge og behandle svangerskapsdiabetes" avsluttes på det nåværende tidspunkt. Det kan bli aktuelt å vurdere spørsmålene på ny når flere av de pågående forsøkene er publisert.

Referanser

1. Melve KK, Vangen S. Fakta om diabetes i svangerskapet. Folkehelseinstituttets nettsted.
www.fhi.no/eway/default0.asp?pid=223&oid=0&e=0&trg=ContentArea_4498&MainArea_4320=4498:0:15,2659:1:0:0:4320;4349;;;0:0:0&ContentArea_4498=4336:48302::1:4370:16:4320;4498;;;10:0:0.
2. Claudi T, Midthjell K, Cooper J, Furuseth K, Daae C, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes 2005. NSAM's nettsted.
www.nsamdiabetes.no/asp/document.asp?id=12992.
3. Bergsjø P, Evensen ÅR, Steinsholt IM. Diabetes mellitus i svangerskap. Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) www.legehandboka.no.
4. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen 2005.
www.shdir.no/portal/page?_pageid=134,67665&_dad=portal&_schema=PORTAL&_piref134_76551_134_67665.artSectionId=582&_piref134_76551_134_67665_5_67665.articleId=19103.
5. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care—Routine care for healthy pregnant women, Clinical Guideline October 2003.
www.nice.org.uk/page.aspx?o=89892.
6. Growther AC, Hiller JE, Moss JR, McFee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine* 352;24:2477–86.
7. HAPO Study Cooperative Research Group. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome (HAPO) study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2002;78:69-77.
8. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003395. DOI: 10.1002/14651858.CD003395.
9. Scott D A, Loveman E, McIntyre L, Waugh N. Screening for gestational diabetes: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* Vol.6: No.11 2002: 172. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA) on behalf of Southampton Health Technology Assessments Centre.
10. Greene MF, Solomon CG. Gestational diabetes mellitus – time to treat. *New England Journal of Medicine* 352;24:2544–46.
11. Garner P, Okun N, Keely E, et al. A randomized controlled trial of strict glycemic control and tertiary level obstetric care versus routine obstetric care in the management of gestational diabetes: a pilot study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997;177:190–5.
12. Landon MB, Thom E, Spong CY, et al. A planned randomised clinical trial of treatment for mild gestational diabetes mellitus. *Journal of maternal fetal neonatal medicine* 2002;11:226–31.