

Newsletter November/Dezember 2020

Liebe Mitglieder, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
im Auftrag des Vereins begrüße ich Sie herzlich zur aktuellen Ausgabe unseres Newsletters.

Interne News

- Neue Mitglieder
- Neue Rezertifizierungen

Termine und Orte der kommenden Schulungen

Aktuelles aus Wissenschaft und Forschung

- Neues zum Thema Schwangerschaft und Geburt
 - Cannabis in der Schwangerschaft
 - Hat die Entscheidung zur PDA Folgen für den Geburtsverlauf?
 - Immer mehr Schwangere sind zu dick
 - Kaiserschnitt: jede vierte Frau hat nach drei Monaten noch Schmerzen
 - Metformin bei Schwangeren mit Typ-2-Diabetes
 - NSAR: FDA warnt vor der Einnahme ab der 20. Schwangerschaftswoche
 - Obstverzehr vor der Schwangerschaft schützt vor Gestationsdiabetes
 - Perikonzeptionelle Ernährung und Schwangerschaftsverlauf
 - Positionspapier zur Herstellung einer oGTT-Lösung
 - Postpartale Depression
 - Schwangerschaft: schwächt der Klimawandel unseren Nachwuchs?
 - S2k-Leitlinie Geburtseinleitung
- Neues zum Thema Stillzeit
 - Wie kann eine Mastitis im Wochenbett vermieden werden?
- Neues zum Thema Säuglingszeit
 - Fleischlos ernährte Säuglinge richtig mit Eisen, Jod, Zink und Vitaminen versorgen

Die Artikel wurden von Fachorganisationen veröffentlicht. Sollte jemand mit den Inhalten nicht konform gehen, darf darüber gerne in unserem Forum diskutiert werden. Auch Beiträge von Mitgliedern nehme ich im Newsletter auf. Weitergabe des Newsletters außerhalb des Verteilers, auch auszugsweise nur nach Genehmigung durch den Verein. Eine ausdrückbare Version des Newsletters finden Sie auf unserer Homepage.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und bleiben Sie gesund!

Mit weihnachtlichen Grüßen und den besten Wünschen für 2021

Claudia Pieper-Emden

Interne News

Wir begrüßen als neue Mitglieder

Louis Widmer GmbH (BabyPure)

Wir gratulieren den folgenden Babyfreundlichen Teams

... zur erfolgreichen 3. Rezertifizierung

Hirsch Apotheke in Schellerten

... zur erfolgreichen 4. Rezertifizierung

Medicum Apotheke in Detmold

Fotos der Teams sehen Sie auf unserer [Homepage](#).

Grundlagenschulungen 2020

Termin	Ort	Veranstalter	Anmeldung
20. – 22.01.2021 (ausgebucht -Warteliste)	Ulm	Verein Babyfreundliche Apotheke e.V.	Vereinsbüro Tel.: 0152-52107595
11. – 13.06.2021	Stuttgart	LAV Akademie	Frau Stanzl Tel.: 0711-2233466
07. – 09.09.2021	Düsseldorf	AV Nordrhein	Frau Rost Tel.: 0211-4391725

Alle weiteren für Sie relevanten **Fortbildungsangebote** von Organisationen und Unternehmen sowie **Tagungs-, Messe- und Kongresstermine** finden Sie auf unserer [Homepage](#).

Aus aktuellem Anlass: Erfragen Sie beim Veranstalter, ob die Angebote stattfinden.

Cannabis in der Schwangerschaft: Autismus-Risiko für das Kind

Frauen, die in der Schwangerschaft Cannabis-Produkte konsumieren, riskieren, dass ihr Nachwuchs neuronale Entwicklungsstörungen aufweist. So ist die Inzidenz von Störungen des autistischen Formenkreises um etwa 50% erhöht verglichen mit den Kindern von Müttern ohne Cannabis-Konsum.

Die zunehmende Legalisierung von Cannabis-Produkten hat dazu geführt, dass auch in der Schwangerschaft häufiger gekifft oder auch Hasch-Kekse konsumiert werden.

Analyse mittels Gesundheitsregister

Jedoch gibt es kaum Erkenntnisse, welche Auswirkungen Cannabis auf die Schwangerschaft bzw. auf die kindliche Entwicklung hat. Um hier Licht ins Dunkel zu bringen, haben kanadische Forscher eine epidemiologische Studie aufgelegt, für die sie Daten des Geburtsregisters der Provinz Ontario im Zeitraum vom 1.4.2007-31.3.2021 genutzt haben. Hier suchten sie die Geburten heraus, bei denen die Mütter Angaben zum Cannabis-Konsum während der Schwangerschaft gemacht hatten. Mittels der Datenbasen der Provinzial-Gesundheitsbehörde konnte die neuronale Entwicklung der Kinder nachverfolgt werden.

ASD und Lernschwächen gesucht

Es wurden Störungen der neuronalen Entwicklung, besonders des autistischen Spektrums (autism spectrum disorder=ASD) ausgewertet. In einer weiteren Analyse wurde auch die Inzidenz von Defiziten bei der Intelligenz und Lernschwächen untersucht.

Über ein halbe Million ASD-Fälle

In der primären Analyse zu ASD mit einem medianen Follow-up von 7,4 Jahren fanden sich 503.065 Fälle mit pränataler Cannabis-Exposition und einer ASD- Diagnose. Das entspricht einer Inzidenz von 4 ASD-Diagnosen auf 1.000 Personenjahren. Bei Kindern von Müttern, die kein Cannabis eingenommen hatten, lag dieser Wert bei 2,42 pro 1.000 Personenjahren. Das entspricht einer adjustierten Hazard Ratio von 1,51 (95% Konfidenz Intervall 1,17–1,96). Oder etwas anders ausgedrückt: Wenn Mütter in der Schwangerschaft kiffen, ist das Autismusrisiko der Kinder um 50 % höher als bei Müttern ohne Haschisch-Konsum.

ADHS und andere Lernstörungen durch Haschisch

Für andere Störungen der neuronalen Entwicklung konnten die Wissenschaftler des Ottawa Hospital Research Instituts ebenfalls einen Zusammenhang herstellen – auch wenn diese Assoziation statistisch weniger belastbar war. So fanden sie in der zweiten Analyse bei 497.821 Kinder, deren Müttern während der Schwangerschaft gekifft hatten, eine verminderte Intelligenz, Lernstörungen oder Verhaltensstörungen wie das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS).

Studien zum Zeitpunkt des Cannabis-Konsums erforderlich

Nach Ansicht der kanadischen Forscher belege die Studie, dass Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft Cannabis konsumierten, ein höheres Risiko für ein ASD hatten. Um sicher zu sein, inwieweit Cannabis während der Schwangerschaft der Entwicklung des Kindes insgesamt schade, müssten noch weitere Studien – beispielsweise zu Menge und Zeitpunkt des Cannabis-Konsums – folgen.

Autor: Angelika Ramm-Fischer (Ärztin)

Stand: 28.09.2020

Quelle: Corsi DJ et al. (2020): Maternal cannabis use in pregnancy and child neurodevelopmental outcomes. Nat Med.

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/cannabis-schwangerschaft-autismus-risiko-kind>

Hat die Entscheidung zur PDA Folgen für den Geburtsverlauf?

Eine PDA bei der Geburt ist nicht ohne Folgen für den weiteren Geburtsverlauf und das Outcome. Das gilt es bei einer informierten Entscheidung zu bedenken.

Die Verwendung einer Periduralanästhesie (PDA) unter der Geburt wird in der Literatur kontrovers diskutiert: Zum einen gilt die Anwendung einer PDA als sichere und effektive Methode der Schmerzlinderung unter der Geburt, zu der positive Erfahrungen von Frauen vorliegen. Zum anderen liegen Evidenzen vor, die negative geburtshilfliche und neonatale Outcomeparameter aufzeigen und mit schlechten Erfahrungen bei der Mutter

einhergehen. Die vorliegende prospektive Kohortenstudie wurde somit im Kontext der kontroversen Literatur und notwendigen weiteren Forschung durchgeführt.

Das Ziel lag darin, geburtshilfliche und neonatale Outcome-Parameter unter erstgebärenden Frauen zu vergleichen, die sich entweder für oder gegen eine PDA zur Schmerzlinderung entschieden hatten. Eingeschlossen wurden nach verschiedenen Auswahlverfahren 1.221 erstgebärende Frauen aus zwei irischen Kliniken, die entweder vaginal oder per Notsectio geboren hatten. Es bleibt unklar, ob unter dem verwendeten Begriff der „emergency CS“ auch sekundäre Sectio-Entbindungen erfasst wurden. Alle Daten wurden retrospektiv im Rahmen der „Maternal Morbidity in Ireland -Studie“ erhoben, die zum Ziel hatte, gesundheitliche Probleme erstgebärender Frauen im ersten Lebensjahr zu evaluieren.

Problematisch an diesem Vorgehen war, dass anhand der vorliegenden Daten zum Teil relevante Aspekte hinsichtlich der Forschungsfrage dieser Studie zur PDA nur oberflächlich beantwortet werden konnten. So bleibt beispielsweise unklar, ob es sich bei einer Oxytocinunterstützung während der Geburt um eine einleitende oder unterstützende Maßnahme während der Geburt handelt. Im Bewusstsein dieser Limitierungen wurde eine multinominale Regressionsanalyse mit dem Fokus auf geburtshilfliche und neonatale Outcome-Parameter durchgeführt.

In der vorliegenden Studie hatten 35 % der Studienteilnehmerinnen (n=424) eine spontane vaginale Geburt, 39 % (n=480) eine vaginal-operative Geburt und 26 % (n=317) einen Notfallkaiserschnitt. Unter den gebärenden Frauen nach vaginaler oder vaginal-operativer Geburt hatten sich 72 % für eine PDA entschieden. Die Ergebnisse zeigen auf, dass in der untersuchten Kohorte die Entscheidung für oder gegen die Verwendung einer PDA entscheidende Konsequenzen auf den Geburtsverlauf hatte. So stand die Verwendung einer PDA mit zeitlichen Aspekten in Zusammenhang: Frauen hatten nach der Verwendung einer PDA eine durchschnittlich verlängerte ersten und/oder zweiten Geburtsphase. Die Wahrscheinlichkeit für eine Oxytocinunterstützung während der Geburt war höher und Frauen erhielten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im Laufe der Geburt eine antibiotische Behandlung. Gleichzeitig berichteten Frauen von ihrer Zufriedenheit aufgrund der erlebten Autonomie im Umgang mit Schmerzen während der Geburt. Das Stillverhalten von Frauen unterschied sich während ihres Aufenthalts im Krankenhaus nicht, jedoch drei Monate nach der Geburt. Zu diesem Zeitpunkt stillten Frauen nach Verwendung einer PDA nur noch halb so häufig wie Frauen, die sich gegen die Verwendung einer PDA während der Geburt entschieden hatten. Es wurden keine Unterschiede hinsichtlich neonataler Outcome-Parameter festgestellt.

Die AutorInnen schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass geburtshilfliche Konsequenzen mit der Entscheidung für oder gegen die Verwendung einer PDA einhergehen. Diese sollten im Rahmen einer evidenzbasierten Betreuung mit den Frauen besprochen werden, um ihnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Quelle: Newnham EC, Moran PS, Begley CM, Carroll M, Daly D: Comparison of labour and birth outcomes between nulliparous women who used epidural analgesia in labour and those who did not: A prospective cohort study. Women Birth 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.001> · DHZ

Erscheinungsdatum: 15.10.2020

Prospektive Kohortenstudie aus Irland

<https://www.dhz-online.de/de/news/detail/artikel/hat-die-entscheidung-zur-pda-folgen-fuer-den-geburtsverlauf/>

Immer mehr Schwangere sind zu dick

Aktuelle Daten zur Übergewichtsentwicklung im 14. DGE-Ernährungsbericht

(dge) Übergewicht und Adipositas sind in allen Altersgruppen weitverbreitet. Immer weniger Erwachsene sind normalgewichtig. Auch Schwangere sind zunehmend übergewichtig oder adipös und weisen immer häufiger Schwangerschaftsdiabetes auf. Das zeigt die Datenauswertung u. a. der großen nationalen Stichproben des Mikrozensus, die im 14. DGE-Ernährungsbericht veröffentlicht ist. Unter der Leitung von Prof. Dr. Helmut Heseker, Universität Paderborn, führt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) damit die Datenanalyse zu Übergewicht und Adipositas der vorherigen DGE-Ernährungsberichte mit repräsentativen Zahlen für Deutschland fort.

Normalgewicht in der Schwangerschaft schützt vor Komplikationen

Immer mehr Schwangere sind bei der Erstuntersuchung übergewichtig. Nach den jährlich durchgeführten Bundesauswertungen Geburtshilfe wurden 2017 fast 40 % der Schwangeren bei der Erstuntersuchung als übergewichtig eingestuft, 2007 waren es noch 34 %. Die Daten des Mikrozensus zeigen, dass ältere Frauen zu Beginn der Schwangerschaft häufiger übergewichtig sind als jüngere. „Das hat Folgen für Mutter und Kind“, sagt Prof. Hesecker, Chefredakteur des aktuellen DGE-Ernährungsberichts. „Adipositas in der Schwangerschaft ist für die werdende Mutter unter anderem mit einem erhöhten Risiko für Gestationsdiabetes, Hypertonie und Präeklampsie verbunden und mit einem erhöhten Geburtsgewicht sowie einem späteren Übergewichtsrisko des Kindes assoziiert. Eine zu hohe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft erhöht auch das Risiko des Kindes für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und das Metabolische Syndrom.“

Die empfehlenswerte Gewichtszunahme in der Schwangerschaft beträgt 10 bis 16 kg, für Übergewichtige maximal 10 kg. Der Energiebedarf von Schwangeren wird häufig noch deutlich überschätzt. Ab dem 4. Monat erhöht sich dieser um täglich 250 kcal und ab dem 7. Monat um 500 kcal. Dies gilt jedoch nur für normalgewichtige Frauen, die während der Schwangerschaft körperlich weiterhin aktiv sind.

Nach wie vor jedes 7. Kind übergewichtig

Bei Säuglingen zeigt sich ein leichter Trend zu einem geringeren Geburtsgewicht. Der Anteil an Neugeborenen mit einem sehr hohen Geburtsgewicht von > 4 500 g ist seit den 1990er Jahren von ca. 1,6 % über 1,4 % in 2007 auf 1,2 % in 2017 zurückgegangen. Auch für Kinder und Jugendliche scheint der früher beobachtete Anstieg der Prävalenzen an Übergewicht bzw. Adipositas gestoppt zu sein, stagniert aber auf hohem Niveau. Insgesamt liegt in der Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen in dem Zeitraum 2014-2017 die Prävalenz von Übergewicht inkl. Adipositas bei 15,4 %, die von Adipositas bei 5,9 %. Aus über der Hälfte der 3- bis 6-jährigen Kinder mit Übergewicht bzw. Adipositas werden übergewichtige oder adipöse Jugendliche.

Mehr Übergewicht und Adipositas mit steigendem Alter

Immer mehr Erwachsene sind übergewichtig, insbesondere die Männer sind in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Frauen. Zwischen 18 und 65 Jahren sind 59,4 % der Männer und 37,3 % der Frauen übergewichtig. Dieser Trend steigt mit zunehmendem Alter weiter an. Insgesamt sind bei den Senioren über 65 Jahre bereits 69,6 % der Männer und 56,4 % der Frauen übergewichtig, 21,0 % der Männer und 19,4 % der Frauen sind adipös. Besonders die Verbreitung von Adipositas hat bei den Erwachsenen weiter zugenommen. Auch hochbetagte Menschen sind heute mehr und mehr adipös, deutliche Steigerungen finden sich in der Altersgruppe 75 Jahre und älter.

Frühzeitige Prävention entscheidend

„Die weltweite Epidemie von Übergewicht und Adipositas stellt Deutschland weiterhin vor große Herausforderungen“, resümiert Hesecker und betont: „Maßnahmen für die frühzeitige Prävention im Bereich der Ernährung, der körperlichen Aktivität und Lebensstiländerungen müssen weiter im Fokus stehen, um ernährungsmitbedingte Krankheiten sowie die damit verbundenen sozialen und ökonomischen Folgen einzudämmen. Normalgewicht vor und in der Schwangerschaft ist ein entscheidender Faktor für die Gesundheit von Mutter und Kind.“

Defiziten in der frühkindlichen und schulischen Ernährungsbildung sollte mit geeigneten Verhältnis- und Verhaltenspräventionsmaßnahmen begegnet werden. Hier eignen sich beispielsweise spezifische Angebote der Gemeinschaftsverpflegung. Daher spricht sich die DGE für die verbindliche Einführung der DGE-Qualitätsstandards aus.

Presseinformation: Presse, DGE aktuell 28/2020 vom 24.11.2020

<https://www.dge.de/presse/pm/immer-mehr-schwangere-sind-zu-dick/>

Kaiserschnitt: Jede vierte Frau hat nach drei Monaten noch Schmerzen

Eine von vier Frauen, die sich einer Kaiserschnittentbindung unterziehen, entwickelt chronische postoperative Schmerzen (CPSP). Das höchste Risiko dafür haben Raucherinnen, Frauen mit Angst vor der Operation sowie diejenigen, die unmittelbar nach dem Eingriff unter starken Schmerzen leiden.

Ein Kaiserschnitt gilt heutzutage als sicherer Routineeingriff, dessen Indikation oft großzügig gestellt wird. Allerdings fällt dabei häufig unter den Tisch, dass viele Frauen noch Monate nach der Sectio caesarea unter postoperativen Schmerzen leiden (CPSP= chronic post-surgical pain): etwa jede vierte Frau ist von CPSP betroffen.

Risikofaktoren für CPSP gesucht

Wenn zu einer Kaiserschnittentbindung geraten wird, wäre es wichtig, die Frauen zu kennen, die ein besonders hohes Risiko für CPSP haben und dieses gegebenenfalls mit präventiven Strategien zu minimieren. Durch eine prospektive Kohortenstudie aus Brasilien ist es gelungen, einige dieser CPSP-Risikofaktoren zu identifizieren. Die brasilianischen Gynäkologen der Universität Goiás untersuchten die Daten von 621 Müttern mit Kaiserschnittentbindung.

Schmerzmittelbedarf noch drei Monate nach Entbindung

Zur Schmerzlinderung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nahmen von den Frauen

- 7 Tagen nach OP 95,8%
- 30 Tagen nach OP 36,0%
- 60 Tagen nach OP 15,5%
- 90 Tagen nach OP 17,0%

einfache Analgetika oder NSAR ein. Offenbar stieg der Anteil der Frauen mit Schmerzen nach zwei Monaten sogar wieder an.

Opioide wurden allerdings nicht eingesetzt.

Somit betrug die Inzidenz von moderater bis schwerer CPSP drei Monaten nach der Kaiserschnittentbindung 25,5% (95% Konfidenzintervall KI 21,8%-29,7%).

Verdoppeltes CPSP-Risiko für Raucherinnen

Mittels adjustierter Multivarianz-Analyse konnten unabhängige Risikofaktoren identifiziert werden:

So hatten Raucherinnen ein etwa doppelt so hohes Risiko für CPSP (relatives Risiko 2,22; 95% KI 1,27-3,88) im Vergleich zu Nichtraucherinnen.

Litten die Patientinnen vor der Sectio unter Angstzuständen, war das Risiko gering erhöht (RR 1,03; 95% KI 1,00-1,05).

Traten in den ersten sieben Tagen nach der Kaiserschnittentbindung schwere postoperative Schmerzen auf, hatten die Betroffenen ein fast verdreifachtes Risiko, langfristig unter Schmerzen zu leiden. (RR 2,79; 95% KI 1,29-6,00).

Präventive Maßnahmen empfohlen

Die Autoren betonen in ihrem Fazit, dass die hier identifizierten Risikofaktoren durch präventive Strategien beeinflusst werden können – beispielsweise durch Entspannungstechniken zur Angstkontrolle oder durch Raucherentwöhnungsprogramme. Auch auf eine effektive Analgesie direkt postoperativ sollte geachtet werden, um das Risiko der CPSP zu minimieren.

Autor: Angelika Ramm-Fischer (Ärztin)

Stand: 28.10.2020

Quelle: Borges NC et al. (2020): The incidence of chronic pain following Cesarean section and associated risk factors: A cohort of women followed up for three months. PLoS One. 2020;15(9):e0238634. doi: 10.1371/journal.pone.0238634. PMID: 32886704

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/kaiserschnitt-schmerzen-dauer>

Metformin bei Schwangeren mit Typ-2-Diabetes

Im Vergleich zu Placebo-behandelten Müttern führte eine verbesserte Blutzuckerkontrolle, verringerte Gewichtszunahme und Insulindosierung Metformin-behandelter Mütter zu geringerer Adipositas und Säuglingsgröße, außerdem zu mehr für ihr Gestationsalter kleinen Säuglingen.

Hintergrund

Die Prävalenz von Typ-2-Diabetes (T2D) in der Schwangerschaft nimmt immer mehr zu. Bei diesen Schwangerschaften wird zudem eine erhöhte Rate an unerwünschten Ergebnissen bei Mutter und Kind beobachtet. Die Forscher gehen davon aus, dass die Gabe von Metformin als Zusatz zu Insulin diese unerwünschten Ergebnisse verringern wird, indem sie Hyperglykämie, hohe Insulindosen und eine übermäßige Gewichtszunahme der Mutter sowie Schwangerschaftshypertonie/ Präeklampsie verringert.

All diese Effekte könnten auch dazu beitragen, die perinatale und neonatale Mortalität und Morbidität zu reduzieren. Da Metformin die Plazenta passiert, kann die Metforminbehandlung einen direkten positiven Einfluss auf die Ergebnisse bei Neugeborenen haben.

Obwohl Metformin zunehmend bei Frauen mit T2D während der Schwangerschaft angewendet wird, liegen nur wenige Daten zu positiven oder auch negativen Effekten auf die Schwangerschaftsergebnisse vor.

Zielsetzung

Wissenschaftler um Prof. Denise Feig von der University of Toronto, dem Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute und dem Mount Sinai Hospital in Toronto, Kanada, untersuchten bei Frauen mit T2D die Auswirkungen einer zusätzlichen Gabe von Metformin zur Standard-Insulintherapie während der Schwangerschaft auf die Morbidität und Mortalität von Neugeborenen. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift *Lancet Diabetes and Endocrinology* publiziert [1].

Diese Studie wurde als randomisierte, kontrollierte, doppelt verblindete und plazebokontrollierte Studie angelegt, in der Insulin zusammen mit Metformin verabreicht wird. Die Forscher gehen davon aus, dass diese Patientenpopulation weder mit Metformin allein noch mit Insulin allein wirksam behandelt wird, und dass dieses Design, für die Patientinnen am relevantesten ist.

Methodik

In der prospektiven, multizentrischen, internationalen Parallelgruppenstudie wurden an 25 Zentren in Kanada und an 4 Zentren in Australien schwangere Frauen mit T2D ausgewählt, um entweder zweimal täglich 1.000 mg Metformin oder Placebo zusätzlich zur Insulintherapie zu erhalten. Die Zuteilung zu den Behandlungsgruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip im Verhältnis 1:1. Dabei wurde nach Body Mass Index (BMI) vor der Schwangerschaft ($<30 \text{ kg/m}^2$ oder $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) stratifiziert. Einschlusskriterien waren die Diagnose eines insulinpflichtigen T2D, die Behandlung mit Insulin und das Vorliegen einer lebensfähigen Einzelschwangerschaft im Gestationsalter zwischen 6 und 22 Wochen plus 6 Tagen.

Die Teilnehmerinnen der Studie wurden gebeten ihren Nüchternblutzuckerspiegel vor der ersten Mahlzeit des Tages, vor der letzten Mahlzeit des Tages und 2 Stunden nach jeder Mahlzeit zu überprüfen. Die Insulindosen wurden so angepasst, dass identische Glukoseziele erreicht werden konnten (Nüchternglukose $<5,3 \text{ mmol/l}$ [95 mg/dl], 2-Stunden postprandiale Glukose $<6,7 \text{ mmol/l}$ [120 mg/dl]). Die Patientinnen kamen einmal monatlich zu einem Studienbesuch ans Studienzentrum. Für die klinische Standardversorgung waren Visiten nach Bedarf im Abstand von ein bis vier Wochen vorgesehen.

Bei jedem Studienbesuch wurden Blutdruck und Körpergewicht gemessen. Die Patientinnen wurden nach der Verträglichkeit ihrer Medikationen, Krankenhausaufenthalten, Insulindosen und dem Auftreten von schweren hypoglykämischen Ereignissen befragt. Die Glukometerwerte wurden in die Datenbank des zentralen Koordinierungszentrums geladen. Teilnehmer, Betreuer und Ergebnisprüfer waren bezüglich der Intervention maskiert.

Das primäre Ergebnis war ein zusammengesetzter Wert aus fetalen und neonatalen Ergebnissen. Die Forscher errechneten für diesen zusammengesetzten Wert das relative Risiko und das 95%-Konfidenzintervall (KI) zwischen verschiedenen Studiengruppen, die nach Standort und BMI unter Verwendung eines log-binomialen Regressionsmodells mit einer Intention-to-Treat-Analyse stratifiziert wurden.

Ergebnisse

Zwischen dem 25. Mai 2011 und dem 11. Oktober 2018 wurden 502 Frauen nach dem Zufallsprinzip einer Behandlung mit Metformin ($n=253$ [50%]) oder mit Placebo ($n = 249$ [50%]) zugeteilt. Vollständige Daten zur Bewertung des primären Endpunkts lagen für 233 (92%) Studienteilnehmerinnen der Metformingruppe und für 240 (96%) Studienteilnehmerinnen der Placebogruppe vor.

Die Wissenschaftler fanden keinen signifikanten Unterschied im primären zusammengesetzten Ergebniswert für Neugeborene zwischen den beiden Gruppen (40% gegenüber 40%; $p=0,86$; relatives Risiko [RR] 1,02 [0,83 bis 1,26]). Es gab auch keinen signifikanten Unterschied bei hypertensiven Störungen (55 [23%] in der Metformin-Gruppe gegenüber 56 [23%] in der Placebogruppe; $p=0,93$; RR 0,99 [0,72 bis 1,35]).

Im Vergleich zu Frauen in der Placebogruppe erreichten die mit Metformin behandelten Frauen folgende Ergebnisse:

- bessere Blutzuckerkontrolle
- HbA1c in der 34. Schwangerschaftswoche: 41,0 mmol/mol gegenüber 43,2 mmol/mol; 5,90% vs 6,10%; $p=0,015$
- mittlerer Glukosespiegel: 6,05 (0,93) vs 6,27 (0,90); Differenz -0,2 (-0,4 bis 0,0)
- weniger Insulinbedarf
- 1,1 Einheiten/kg pro Tag gegenüber 1,5 Einheiten/kg pro Tag; Differenz -0,4 (95%-KI -0,5 bis -0,2); $p<0,0001$
- geringere Gewichtszunahme
- 7,2 kg gegenüber 9,0 kg; Differenz -1,8 (-2,7 bis -0,9); $p<0,0001$
- weniger Kaiserschnittentbindungen
- 125 (53%) von 234 Frauen in der Metformin-Gruppe gegenüber 148 (63%) von 236 Frauen in der Placebogruppe; relatives Risiko (RR) 0,85 (95%-KI 0,73 bis 0,99); $p=0,031$
- Im Vergleich zu Säuglingen in der Placebogruppe wurden bei Metformin-exponierten Säuglingen folgende Beobachtungen berichtet:
 - niedrigeres Gewicht
 - mittleres Geburtsgewicht: 3.156 g [SD 742] gegenüber 3.375 g [SD 742]; Differenz -218 g [-353 bis -82]; $p=0,002$
 - Säuglinge oberhalb des 97. Perzentils für das Geburtsgewicht: Weniger Metformin-exponierte (20 [9%]) als Placebo-exponierte Säuglinge (34 [15%]) fielen in diese Kategorie; RR 0,58 (0,34 bis 0,97); $p=0,041$
 - Säuglinge mit Geburtsgewicht > 4.000 g: Weniger Metformin-exponierte (28 [12%]) als Placebo-exponierte Säuglinge (44 [19%]) fielen in diese Kategorie; RR 0,65 (0,43 bis 0,99); $p=0,046$
- reduzierte **Adipositas**
- mittlere Hautfaltendicke:
 - 16,0 mm [SD 5,0] bei Metformin-exponierten Säuglingen gegenüber 17,4 [6,2] mm bei Säuglingen von Müttern in der Placebogruppe; Differenz -1,41 mm [-2,6 bis -0,2]; $p=0,024$
- mittlere Fettmasse des Neugeborenen:
 - 13,2 (SD 6,2) vs 14,6 (5,0); $p=0,017$
- geringere Größe
- 30 (13%) Metformin-exponierte Säuglinge und 15 (7%) Placebo-exponierte Säuglinge waren für ihr Gestationsalter klein (RR 1,96 [1,10 bis 3,64]; $p=0,026$).
- Beim C-Peptid-Gehalt des Nabelschnurblutes fanden die Forscher keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen (673 pmol/l in der Metformin-Gruppe gegenüber 758 pmol/l in der Placebogruppe; $p=0,10$; Verhältnis der Mittelwerte 0,88 [0,72 bis 1,02]).

Die am häufigsten berichteten unerwünschten Ereignisse traten im Magen-Darm-Trakt auf (jeweils 38 Ereignisse in der Metformin- und in der Placebogruppe).

Fazit

Die Forscher fassten zusammen, dass im Vergleich zur Placebogruppe in der Metformin-Gruppe günstigere Ergebnisse bezüglich des mütterlichen Glukosestoffwechsels und der neonatalen Adipositas beobachtet wurden. Die mütterliche Gewichtszunahme und Insulindosierung fielen geringer aus. Die Blutzuckerkontrolle war besser. Gleichzeitig beobachteten die Forscher geringere Anzeichen von Adipositas und eine verminderte Säuglingsgröße, sowie einen höheren Anteil von für ihr Gestationsalter kleinen Säuglingen. Das Verständnis dieser Auswirkungen auf Säuglinge ist wichtig, um Patientinnen, die über die Anwendung von Metformin während der Schwangerschaft nachdenken, angemessen beraten zu können.

Die Studie ist bei ClinicalTrials.gov unter der Nummer NCT01353391 registriert. Sie wird vom Mount Sinai Hospital in Kanada finanziert und in Zusammenarbeit mit dem University Health Network in Toronto, dem Sunnybrook Research Institute und den Canadian Institutes of Health Research (CIHR) durchgeführt.

Autor: Dr. Elke Schlüssel (Medizinjournalistin)

Stand: 30.09.2020

Quelle: Feig et al. (2020): Metformin in women with type 2 diabetes in pregnancy (MiTy): a multicentre, international, randomised, placebo-controlled trial. The Lancet Diabetes and Endocrinology, DOI: 10.1016/S2213-8587(20)30310-7

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/metformin-schwangere-typ-2-diabetes>

NSAR: FDA warnt vor der Einnahme ab der 20. Schwangerschaftswoche – kurze Anwendung wohl unproblematisch

Dr. Jürgen Sartorius

30. Oktober 2020

Die US-amerikanische Food and Drug Agency (FDA) warnt aufgrund von 35 Fällen mit renaler Dysfunktion bei Ungeborenen vor der Verwendung nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) ab der 20. Schwangerschaftswoche [1]. Entsprechende Hinweise sollen in den USA auch in Fachinformationen und Beipackzettel von freiverkäuflichen NSAR aufgenommen werden.

Diese Warnung kommt eigentlich nicht ganz überraschend. Trotzdem sollten wir unsere Patientinnen nicht vorschnell verunsichern (...). PD Dr. Rebecca Fischer-Betz

Die FDA weiß von 35 Fällen, in denen es bei ungeborenen Babys im Zusammenhang mit der Einnahme von NSARs bereits in der 20. bis 30. Schwangerschaftswoche zu ernststen Nierenproblemen mit Verringerung des Fruchtwassers kam. Ein solches Oligohydramnion wird mit Komplikationen bei der Entwicklung von Gliedmaßen und der Lunge in Verbindung gebracht. Genaue Daten zu diesen Fällen veröffentlichte die Behörde bisher nicht.

„Diese Warnung kommt eigentlich nicht ganz überraschend“, bewertet PD Dr. Rebecca Fischer-Betz, stellvertretende Leiterin der Klinik für Rheumatologie der Universität Düsseldorf und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) diese FDA-Warnung, denn solche Auswirkungen kenne man für die Zeit ab der 30. Woche schon lange. „Trotzdem sollten wir unsere Patientinnen nicht vorschnell verunsichern, solange die näheren Umstände der 35 Fälle nicht bekannt sind, anhand derer die FDA diese Warnung ausgesprochen hat.“

FDA publiziert bislang keine Details

In der Tat ist in der Warnung der FDA nicht erwähnt, wie viele Schwangerschaften dokumentiert wurden, um die 35 Fälle fetaler Nierenschäden zu beschreiben. Weiterhin sind auch keine Daten zu Komedikationen, zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu Lebensumständen der Mütter sowie zur Dosierung der NSAR veröffentlicht worden.

Explizit verbietet die FDA-Warnung NSAR ab der 30. Schwangerschaftswoche komplett, während sie empfiehlt, in Woche 20 bis 30 lediglich die Anwendung von NSAR auf 48 Stunden zu beschränken. Sie nennt in diesem Zusammenhang die Wirkstoffe ASS, Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac und Celecoxib.

Insbesondere auch für die freiverkäuflichen NSARs ist eine zusätzliche Aufklärung der Frauen sicherlich sinnvoll, da viele werdende gesunde Mütter diese etwa bei Kopfschmerzen einnehmen. PD Dr. Rebecca Fischer-Betz

„Insbesondere auch für die freiverkäuflichen NSARs ist eine zusätzliche Aufklärung der Frauen sicherlich sinnvoll, da viele werdende gesunde Mütter diese etwa bei Kopfschmerzen einnehmen“, meint Fischer-Betz dazu. „Unsere Patientinnen mit Rheuma sollten wir in ihrer Schwangerschaft medikamentös mit akzeptablen Basistherapien so einstellen, dass sie überhaupt keine NSAR benötigen. Als Alternative zum kurzfristigen Einsatz bei rheumatischen Schmerzen empfehle ich entweder niedrig dosiertes Kortison oder Paracetamol-Präparate, obwohl diesen leider die antientzündliche Wirkung fehlt.“

EU: Warnung vor NSAR in der 20. bis 30. Woche noch unklar

Fachinformationen gängiger NSAR wie Ibuprofen und Diclofenac enthalten bereits heute Warnungen, diese nicht im letzten Trimenon oder während der Stillphase einzunehmen. Ob die Europäische Arzneimittelagentur EMA entsprechende Warnungen für die 20. bis 30. Schwangerschaftswoche in Fachinformationen und Beipackzettel aufnehmen wird, ist noch offen.

Fischer-Betz jedenfalls rät zu einer Ultraschall-Untersuchung, falls eine werdende Mutter berichtet, NSARs eingenommen zu haben. Auch wenn bei einer Routineuntersuchung ein Oligohydramnion festgestellt wird, sollten Ärzte immer nach einer NSAR-Einnahme fragen.

NSAR: Reversible Effekte bei kürzerer Anwendung

In den meisten Fällen hatte sich gezeigt, dass ein Oligohydramnion durch das Absetzen von NSAR reversibel ist. Nur manchmal sei eine Transfusion oder Dialyse des Fruchtwassers notwendig gewesen, berichtet die FDA in ihrer Stellungnahme. Kein Oligohydramnion wurde bei der Anwendung von NSAR für weniger als 48 Stunden gefunden. Von der Warnung ausgenommen wurden niedrige Dosierungen von bis zu 81 mg ASS.

Kurze Anwendungen und geringe Dosierungen von NSAR scheinen keine Probleme zu verursachen. PD Dr. Rebecca Fischer-Betz

„Die Warnung der FDA sollten wir ernst nehmen, aber deshalb nicht in Panik verfallen“, resümiert Fischer-Betz, „denn kurze Anwendungen und geringe Dosierungen von NSAR scheinen keine Probleme zu verursachen. Wir sollten uns aber der möglichen Verbindung zwischen einem Oligohydramnion und NSAR-Einnahme ab der 20. Schwangerschaftswoche bewusst sein und auf weitere Veröffentlichungen zu diesem Themenkreis achten.“

https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4909430?nlid=138077_3081&src=WNL_mdpls-news_201102_MSCPEDIT_DE&uac=211774HJ&faf=1#vp_1

Obstverzehr vor der Schwangerschaft schützt vor Gestationsdiabetes

Mehr Obst vor der Schwangerschaft zu essen, scheint vor einem Diabetes Mellitus zu schützen. In der Schwangerschaft gibt es allerdings keinen Zusammenhang zwischen Obstverzehr und dem Risiko für einen Gestationsdiabetes.

Ernährungsbedingte Faktoren spielen bei der Entwicklung eines gestationsbedingten Diabetes Mellitus eine große Rolle. Eine Vielzahl von Studien liegt vor, in denen Gründe und Ursachen diskutiert werden. Grundsätzlich wird schwangeren Frauen der Verzehr von frischem Obst empfohlen. Jedoch verändert sich gleichzeitig gerade dadurch die Stoffwechsellage aufgrund der erhöhten Fruchtzuckerzufuhr.

Das Ziel einer systematischen Übersichtsarbeit bestand nun darin, das Risiko, einen gestationsbedingten Diabetes Mellitus zu entwickeln, im Zusammenhang mit dem Obstverzehr in dieser Zeit zu untersuchen. Aus ursprünglich 2.522 Publikationen wurden 5 Studien ausgewählt (n=21.153 Frauen), die zwischen den Jahren 2012 und 2019 veröffentlicht wurden. Die Studien umfassten zwischen 168 und 13.475 Teilnehmerinnen. In drei Studien wurde die genannte Fragestellung explizit untersucht. Die Anzahl der verzehrten Früchte wurde unter Verwendung eines Zufallseffektmodells und der Metaanalyse gemäß der DerSimonian-Laird-Methode gepoolt.

In der Übersichtsarbeit wird angemerkt, dass sich die Studien methodisch und ihrem Umfang unterscheiden. Dabei erfolgt die Darstellung der methodischen Unterschiede allerdings insgesamt etwas unübersichtlich und es bleibt unklar, wie nun ein erhöhter Obstverzehr definiert und evaluiert wurde. Dies benennen die AutorInnen des Reviews auch in ihren Limitierungen.

Die Ergebnisse weisen am Ende *keine* signifikante Assoziation zwischen einem erhöhten Verzehr von Früchten und der Entwicklung eines gestationsbedingten Diabetes Mellitus auf. Jedoch ging ein erhöhter Obstverzehr vor der Schwangerschaft mit einem 5 % geringeren Risiko einher, an gestationsbedingtem Diabetes Mellitus zu erkranken.

Die AutorInnen schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass kein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Obstverzehr während der Schwangerschaft und der Entwicklung eines gestationsbedingten Gestationsdiabetes

besteht. Ein erhöhter Obstverzehr vor Eintreten der Schwangerschaft wird empfohlen. Weitere Forschung ist notwendig.

Quelle: Mohammadi T, Irandoost P, Roshanravan N, Khamechi SP, Milajerdi A, Larijani B et al.: Is there any association between fruit consumption and the risk of gestational diabetes mellitus? A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine* 2020. 54. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102445> · DHZ
Erscheinungsdatum: 12.10.2020

Systematisches Review

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/obst-essen-vor-der-schwangerschaft-schuetzt-vor-gestationsdiabetes/>

Perikonzeptionelle Ernährung und Schwangerschaftsverlauf

Die meisten US-Bürger ernähren sich ungesund. Das gilt auch für Frauen mit Kinderwunsch. Ob ein Zusammenhang zwischen der perikonzeptionellen Ernährungsweise und dem Schwangerschaftsverlauf besteht und welche Folgen die Nahrungsqualität für die Neugeborenen hat, untersuchten US-Forscher nun im Rahmen einer Sekundäranalyse von Daten einer großen, multizentrischen Beobachtungsstudie.

An der nuMoM2b-Studie beteiligten sich zwischen 2010 und 2013 8 US-Kliniken. Studienteilnehmerinnen waren 10038 Erstgebärende mit einer Einlingsschwangerschaft. Alle Frauen beantworteten im 1. Trimenon den modifizierten „Block 2005 Food Frequency Questionnaire“. Anhand dieser Angaben objektivierten die Forscher mithilfe des „Healthy Eating Index 2010“ (HEI-2010) die Ernährungsqualität der Mütter innerhalb von 3 Monaten um den Konzeptionszeitpunkt herum. Je höher der HEI-Score, desto konsequenter hält sich eine Person an die im Jahr 2010 veröffentlichten Ernährungsempfehlungen „Dietary Guidelines for Americans“. Anhand der medizinischen Dokumentationen überprüften die Wissenschaftler, in wie vielen Schwangerschaften maternale bzw. neonatale Komplikationen auftraten und ob diesbezüglich ein statistisch relevanter Zusammenhang mit der perikonzeptionellen Ernährungsweise bestand. Die analysierten maternalen Endpunkte umfassten den Gestationsdiabetes, schwere Geburtsverletzungen, die Kaiserschnittgeburt, postpartale Blutungen mit Transfusionsbedarf sowie hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. Die neonatalen Endpunkte bildeten die Frühgeburt, die Aufnahme auf die neonatologische Intensivstation, die Small-for-gestational-Age-Geburt, das niedrige Geburtsgewicht sowie die Makrosomie.

Ergebnisse

In die Analyse flossen die Daten von 8259 Studienteilnehmerinnen ein. Sie wiesen durchschnittlich einen HEI-Score von 63 ± 13 von 100 möglichen Punkten auf. Die Frauen des niedrigsten HEI-Score-Quartils waren jünger, häufiger afroamerikanischer oder hispanischer Abstammung, Raucherinnen, staatlich versichert und hatten ein geringeres Einkommen. Sie litten häufiger an Komorbiditäten (chronische Hypertonie, Diabetes, psychische Störungen) und hatten einen höheren präkonzeptionellen Body-Mass-Index. Die multivariate Analyse unter Berücksichtigung potenzieller Störvariablen (Alter, Body-Mass-Index, Rauchen, chronische Hypertonie, vorbestehender Diabetes, psychische Störungen) ergab: Die Frauen des niedrigsten HEI-Score-Quartils erlitten im Vergleich zu den Frauen mit der besten Ernährungsqualität signifikant seltener schwere Dammverletzungen, wurden signifikant häufiger per Kaiserschnitt entbunden, entwickelten signifikant häufiger hypertensive Schwangerschaftserkrankungen und erlitten signifikant häufiger schwere postpartale Hämorrhagien. Ein Zusammenhang zwischen der Ernährungsweise und dem Gestationsdiabetes bestand nicht. Alle neonatalen Endpunkte hingen dagegen ebenfalls von der perikonzeptionellen Nahrungsqualität ab: Die Kinder von Müttern mit qualitativ schlechter Diät kamen signifikant häufiger als Frühgeborene, Small for gestational Age oder mit einem niedrigen Geburtsgewicht zur Welt und mussten häufiger intensivmedizinisch versorgt werden. Sie entwickelten allerdings signifikant seltener eine Makrosomie.

https://www.thieme.de/de/hebammenarbeit/perikonzeptionelle-ernaehrung-schwangerschaftsverlauf-161354.htm?utm_campaign=newsletterwhoosh&utm_source=themen-nl&utm_medium=email&utm_content=20ku12_20oaa4_20o24d

Positionspapier zur Herstellung einer oGTT-Lösung für die Diagnose eines Diabetes einschließlich eines Gestationsdiabetes: Analyse und Vorschläge zur Herstellung

DDG Stellungnahmen

Hintergrund

Weder in der Leitlinie zum Gestationsdiabetes mellitus (GDM) der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DDGG) noch in den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird konkret auf die Details der Herstellung der beim oralen Glukose-Toleranztest (oGTT) zu verwendenden Glukoselösung eingegangen. Dabei hat die DDG vor einigen Jahren eine Stellungnahme zu diesem Thema publiziert(1). Aufmerksamkeit erregte ein Todesfall 2019 in Köln, zu dem es anscheinend durch eine Substanz-Verwechslung beim Abwiegen der Glukose in einer Apotheke gekommen ist. Aktuell kommt es zu einem Lieferstopp des letzten Fertigarzneimittels mit Einzelzulassung in Deutschland (Accu-Chek Dextrose O.G.T. Lösung; Roche Diabetes Care), die Firma Roche stellt den Vertrieb dieses Produktes im Laufe des Jahres 2020 ein.

In der internationalen Literatur und in den allermeisten internationalen Leitlinien finden sich ebenfalls keine konkreten Aussagen zur Herstellung der Glukoselösung (2). Anscheinend wird dies für die Aussagekraft des oGTT nicht als ein relevantes Thema betrachtet. Im Ausland wird wohl vielfach eine fertige Glukoselösung für die Durchführung des oGTT verwendet (s.u.), eine entsprechende systematische Recherche dazu gibt es aber anscheinend nicht. Bei der HAPO-Studie, auf der viele Aussagen und Vorgaben zur GDM-Diagnose basieren, wurde eine in den USA als Lebensmittel verkehrsfähige Fertiglösung verwendet (3). Dabei weist diese Fertiglösung Unterschiede zu der Fertiglösung der Firma Roche auf (Tabelle 1).

Downloads

Die ganze Stellungnahme finden Sie hier als PDF zum Download

[Glucose-Lösung 250 mg/mL für oGTT 10/2020 pdf 140 KB](#)

[Gemeinsames Positionspapier 10/2020 pdf 479 KB](#)

<https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/politik/stellungnahmen/addendum-zum-gemeinsamen-positionspapier-zur-herstellung-einer-ogtt-loesung-fuer-die-diagnose-eines-diabetes-einschliesslich-eines-gestationsdiabetes-analyse-und-vorschlaege-zur-herstellung>

Postpartale Depression: Noch drei Jahre nach der Geburt können sich Symptome zeigen

Autor: Dr. Dorothea Ranft

Schwangerschaftsdepressionen haben sich nicht mit der Geburt erledigt. Eine von vier Frauen hat auch noch drei Jahre postpartal mit Depressionen zu kämpfen.

Eine von vier Frauen mit Schwangerschafts-Depression hat auch **drei Jahre nach der Geburt** ihres Kindes noch Symptome. Zu diesem Ergebnis kommt eine Kohortenstudie der amerikanischen National Institutes of Health mit fast 5000 Teilnehmerinnen. Die psychischen Beschwerden wurden postpartal nach jeweils 4, 12, 24 und 36 Monaten über einen Fragebogen erfasst.

Dabei ließen sich **vier Verläufe** unterscheiden:

- 75 % der Betroffenen klagten bei allen vier Visiten über Symptome – diese waren jedoch eher leichter Natur.
- Rund 8 % der Frauen hatten zunächst kaum, aber dann mit zunehmendem Abstand von der Geburt stärker werdende Beschwerden.
- Knapp 13 % schilderten initial mittelschwere depressive Symptome, die sich später zurückbildeten.
- Rund 5 % wiesen zu allen Zeitpunkten Zeichen einer ausgeprägten Depression auf.

Alter und Bildung spielen eine Rolle

Das höchste Risiko für den schweren Verlauf der postpartalen Depression trugen Frauen mit **vorbekannter affektiver Störung oder Gestationsdiabetes**. Ältere Mütter und solche mit einer guten Ausbildung schienen

dagegen eher vor einer anhaltend schweren Depression geschützt zu sein, heißt es in der Studie. Aufgrund dieser Ergebnisse wird empfohlen, sich bei Müttern bis mindestens zwei Jahre nach der Geburt eines Kindes noch nach psychischen Beschwerden zu erkundigen.

Quelle: Putnick DL et al. Pediatrics 2020; 146: e20200857; DOI: 10.1542/peds.2020-0857
30.11.2020

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/postpartale-depression-noch-drei-jahre-nach-der-geburt-koennen-sich-symptome-zeigen/>

Schwangerschaft: Schwächt der Klimawandel unseren Nachwuchs?

Studie untersucht Einfluss der Umgebungstemperatur Schwangerschaft: Schwächt der Klimawandel unseren Nachwuchs?

09.11.2020 Autor / Redakteur: Rüdiger Labahn* / Dr. Ilka Ottleben

Bereits geringe Veränderungen der Außentemperatur während der Schwangerschaft können den Stoffwechsel der Nachkommen nachhaltig verändern – diesen bislang nicht bestätigten Zusammenhang hat ein Lübecker Forscherteam nun genauer untersucht. Im Detail fanden die Forscher verändertes Muskelwachstum durch epigenetische Modifikationen an der fötalen DNA. Die Forscher gehen jedoch davon aus, dass die Effekte durch spätere Lifestyle-Änderungen wie Sport und Bewegung reversibel sind.

Lübeck – Es ist schon lange etabliert, dass bereits im Mutterleib der Grundstein dafür gelegt wird, ob man später eine erhöhte Prädisposition für eine metabolische oder endokrinologische Erkrankung aufweist. Dies geschieht über sogenannte epigenetische Veränderungen am fötalen Erbgut, welche maßgeblich über Lifestylefaktoren und Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft programmiert werden. Natürlicherweise ermöglicht dieser Mechanismus es Säugetieren, flexibel auf ihre Umwelt zu reagieren und je nach Bedarf z.B. Stoffwechselwege in der nachfolgenden Generation zu optimieren.

Einfluss der Umgebungstemperatur auf den fötalen Stoffwechsel

Im Menschen sind diese Einflüsse aber oft von den tatsächlichen Bedingungen entkoppelt, so dass die Nachkommen nicht optimal an ihre Umweltbedingungen angepasst sind und daher für metabolische Erkrankungen anfälliger werden. Ein prominentes Beispiel dafür ist, dass übergewichtige Mütter oft Kinder bekommen, die ebenfalls anfällig für die Entwicklung von Übergewicht werden. Die vorliegende Studie, die nun in der Zeitschrift Cell Reports veröffentlicht wurde, untersucht zum ersten Mal, inwieweit die Umgebungstemperatur in der Schwangerschaft Einfluss auf diese fötale metabolische Programmierung der Nachkommen hat.

Verändertes Muskelwachstum

„Erstaunlicherweise hatte eine kältere Außentemperatur in der Schwangerschaft nicht nur Einfluss auf die spätere Größe der Nachkommen, sondern reduzierte auch ihr Muskelwachstum und könnte somit die Entstehung von Typ II Diabetes begünstigen“, erklärt Prof. Jens Mittag, einer von zwei Direktoren des neu gegründeten Instituts für Endokrinologie und Diabetes der Universität zu Lübeck. Aber laut der Erstautorin der Studie, Dr. Rebecca Ölkrug, die gerade selbst im achten Monat schwanger ist, besteht kein Grund zur Panik. „Die von uns dokumentierten Veränderungen im Muskelwachstum und Stoffwechsel bei den Nachkommen konnten durch ausreichend Bewegung im Erwachsenenalter rückgängig gemacht werden.“

Wahrscheinlich durch spätere Lifestyle-Änderungen wie Sport und Bewegung reversibel

Die Forscher gehen davon aus, dass epigenetische Modifikationen an der fötalen DNA diese Veränderungen im Muskelwachstum hervorgerufen haben und diese durch spätere Lifestyle-Veränderungen wie Sport und Bewegung reversibel sind. „Uns geht es primär darum, mit unserer Forschung Risikofaktoren während der Schwangerschaft aufzudecken. Damit können wir dazu beitragen, die Versorgung von schwangeren Frauen und ihrer ungeborenen Babys so optimal wie möglich zu gestalten“, so Dr. Ölkrug.

Studie mit hoher Relevanz angesichts des bevorstehenden Klimawandels

Da diese Studien im Tiermodell durchgeführt wurden, sind jedoch zunächst größere epidemiologische Langzeitstudien an schwangeren Müttern und ihren Kindern notwendig, um die Übertragbarkeit dieser Beobachtung auf

den Menschen zu bestätigen. Angesichts des bevorstehenden Klimawandels dürften diese Studien allerdings von höchster Relevanz sein, nicht nur was metabolische Erkrankungen im Menschen angeht, sondern auch für möglichen Veränderungen in freilebenden oder domestizierten Säugetieren in Freilufthaltung.

Welche Stoffwechselwege oder Hormone sich nun genau bei der Mutter durch die Außentemperatur verändern und zu der epigenetischen Umprogrammierung der Nachkommen beitragen, das wollen die Forscher nun in einer Folgestudie untersuchen, die wie auch die vorliegende Studie von der Deutschen Forschungsgemeinschaft DFG mit einer umfangreichen Sachbeihilfe finanziert wird.

Originalpublikation: Rebecca Oelkrug, Christin Krause, Beate Herrmann, Henrik Oster, Henriette Kirchner, Jens Mittag: Maternal Brown Fat Thermogenesis Programs Glucose Tolerance in the Male Offspring Cell Reports, Volume 33, Issue 5, 108351, November 03, 2020

* R. Labahn: Universität zu Lübeck, 23538 Lübeck

<https://www.laborpraxis.vogel.de/schwangerschaft-schwaecht-der-klimawandel-unseren-nachwuchs-a-978253/?cmp=nl-102&uuid=86621C26-894D-4022-BOCF-53CA4F0ADB2E>

S2k-Leitlinie Geburtseinleitung bietet evidenzbasierte Orientierung

PRESSEMITTEILUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE E.V. (DGGG)
Berlin, im November 2020

Wenn der lange Weg zur natürlichen Geburt mit Komplikationen einhergeht, wird – bei entsprechender Indikation – eine Einleitung vorgenommen. Dies geschieht bei etwa 20–25% aller Schwangerschaften. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Evidenz aufgrund einer Vielzahl von Studien zur Geburtseinleitung hoch. Dennoch besteht noch zu viel Verunsicherung bei dieser Thematik. Die neue deutschsprachige S2k-Leitlinie bietet zusammengefasste wissenschaftlich gestützte Handlungsempfehlungen für diese gängige geburtshilfliche Maßnahme. Dabei liegt der Fokus auf Indikationen, Methoden und generellem Management. Federführende Fachgesellschaften sind die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).

„Die Geburtseinleitung gehört zu den häufigsten Maßnahmen im geburtshilflichen Alltag. Gleichwohl gibt es trotz ausreichend vorliegender Evidenz ein sehr heterogenes Vorgehen, weshalb wir in dieser Leitlinie die Indikationen und die verschiedenen Methoden mit ihren Vor- und Nachteilen einschließlich der Risiken darstellen.“ Prof. Sven Kehl, Leitlinienkoordinator

Die Autoren der Leitlinie betonen, dass die Indikation für eine Geburtseinleitung in jedem Einzelfall kritisch gestellt werden muss. Es sollte sorgsam begründet sein, warum der natürliche Verlauf der Schwangerschaft medizinisch beeinflusst wird. Die vermuteten Vorteile müssen hierbei mit den möglichen Nachteilen abgewogen werden. Generell gilt, dass eine Geburtseinleitung dann durchgeführt wird, wenn durch diesen Eingriff ein besseres Geburtsergebnis für Mutter und Kind erreicht werden kann als bei einer abwartenden Haltung.

Voraussetzungen für eine Geburtseinleitung

Wissenschaftlich gesicherte Indikationen für eine Geburtseinleitung können sein:

- Terminüberschreitung und Übertragung
- (Früher) vorzeitiger Blasensprung
- Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)
- Abnorme Fruchtwassermenge
- unzureichendes Wachstum des Kindes im Mutterleib (SGA-Fetus oder intrauterine Wachstumsrestriktion)
- akut in der Schwangerschaft auftretende Leberkrankheit mit Gallestau (Intrahepatische Schwangerschaftscholestase)
- Bluthochdruck in der Schwangerschaft (Hypertensive Erkrankungen)
- Verdacht auf ein zu großes Kind ([nicht-diabetogene] Makrosomie)

Es kommt auch vor, dass sich schwangere Frauen ohne einen vorliegenden medizinischen Grund wünschen, dass die Geburt eingeleitet wird. Dieser Schritt ist möglich, sollte aber nicht vor 39 Schwangerschaftswochen (SSW) durchgeführt werden.

Kontraindikationen für eine Geburtseinleitung

In bestimmten Situationen überwiegen die Risiken den gewünschten Nutzen einer Einleitung. Die Autoren weisen u. a. darauf hin, dass eine medikamentöse Geburtseinleitung bei vorhandenen, regelmäßigen Wehen zu einer Überstimulation mit Beeinträchtigung des kindlichen Zustands führen kann. Hinzu kommen generelle Kontraindikationen für eine vaginale Geburt, wie etwa Querlage, Zustand nach Uterusruptur oder aktiver Herpes simplex. „Weder eine SARS-CoV-2-Infektion noch die COVID-19-Erkrankung allein stellen eine Entbindungsindikation dar. Eine relevante mütterliche Beeinträchtigung der Atemwege kann jedoch eine Entbindung erforderlich machen.“ Prof. Michael Abou-Dakn, Leitlinienkoordinator

Geburtseinleitung bei Zwillingsschwangerschaften

Die optimale Schwangerschaftsdauer ist bei Geminigraviditäten mit 36 bis 38 SSW kürzer als bei Einlingsgraviditäten (39–41 SSW). Die Autoren geben an, dass die normal verlaufende Schwangerschaft mit Zwillingen mit einem gemeinsamen Mutterkuchen ab 36 SSW beendet werden kann; ab 37 SSW sollte sie beendet werden.

Geburtseinleitung bei Schwangeren nach Sectio caesarea

Die Indikation für eine Einleitung bei Schwangeren mit vorherigem Kaiserschnitt sollte kritisch gestellt werden, betonen die Autoren. Die Risiken nach Einleitung liegen höher als bei einem spontanen Wehenbeginn. Die Erfolgsrate für eine vaginale Entbindung nach Kaiserschnitt liegt insgesamt etwa bei 75 %. Vor diesem Hintergrund sollte ein vaginaler Entbindungsversuch unternommen werden, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Nach einem Kaiserschnitt soll nicht mit Prostaglandin E1-Analoga eingeleitet werden. Hintergrund ist ein – in kleinen übereinstimmenden Studien – nachgewiesenes erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Uterusruptur. Nach zwei Kaiserschnitten wird keine Einleitung mehr empfohlen.

Die medikamentöse Geburtseinleitung

Neben der mechanischen Geburtseinleitung gehen die Autoren in einem eigenen Kapitel auch auf die medikamentöse Geburtseinleitung ein – einschließlich Empfehlungen für die viel diskutierte Gabe von Prostaglandin-E1-Analoga (Misoprostol). Demzufolge herrscht wissenschaftlicher Konsens: Misoprostol ist das wirksamste Medikament zur Geburtseinleitung bei einem unreifen Zervixbefund. Die Applikation von Misoprostol sollte oral erfolgen. Auch Dosierungen von 25 µg bei vaginaler Applikation gelten als sicher. Wichtig zu wissen: Eine Nebenwirkung wie eine uterine Überstimulation führt nicht zwangsläufig zu einem pathologischen CTG, einem Kaiserschnitt und/oder einem schlechten kindlichen Outcome. Erstgaben von > 50 µg und Einzelgaben von > 100 µg sollten dennoch grundsätzlich vermieden werden. Ebenfalls nicht geeignet ist das eigenhändige Zerstückeln von Tabletten höherer Dosierung und/oder Auflösen in Flüssigkeit sowie Gabe von bestimmten Trinkmengen aufgrund der Ungenauigkeit der Stabilität und Wirkstoffkonzentration. Eine korrekte Herstellung durch eine Apotheke ist deshalb unabdingbar. Bis zum Erhalt einer neuen Zulassung zur Geburtseinleitung soll über den Off-Label-Use aufgeklärt werden.

Die Leitlinie gilt fünf Jahre bis zum 01. Dezember 2025.

<https://www.dggg.de/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/s2k-leitlinie-geburtseinleitung-bietet-evidenzbasierte-orientierung-1262/>

Wie kann eine Mastitis im Wochenbett vermieden werden?

Akupunktmassagen und Probiotika könnten das Risiko einer Mastitis senken.

Wenn Frauen sich zum Abstillen entscheiden, stellen mütterliche Stillprobleme den Hauptgrund dar. Die Mastitis nimmt hierbei eine große Rolle ein. Ziel einer systematischen Übersichtsarbeit bestand darin, die Wirksamkeit verschiedener Präventionsstrategien in Bezug auf das Auftreten oder Wiederauftreten einer Mastitis bei stillenden Frauen nach der Geburt zu bewerten. Die Interventionsstrategien umfassten die Gabe von Probiotika, die Durchführung einer differenzierten Stillberatung sowie ganzheitliche Ansätze.

Die Auswahl der Studien erfolgte durch zwei Autorinnen. Eingeschlossen wurden zehn Studien (n=3.034 Frauen). Die durchschnittliche Qualität der Studien wurde als mittel bis gut eingestuft. Dennoch wurde das Problem benannt, dass die meisten Studien zwar Daten über die Inzidenz der Mastitis, jedoch wenige Daten zu Nebenwirkungen, Problemen an den Mamillen, Abszessbildung sowie der Stilldauer enthielten.

Die Ergebnisse aus zwei Studien (n=399 Frauen) zeigten, dass eine Probiotika-Gabe im Vergleich zu einer Placebo-Gabe das Risiko einer Mastitis senkte, wobei keine Aussage zu Problemen der Mamille sowie Brustschmerzen getroffen wurde. Die Auswertung von drei anderen Studien (n=429 Frauen) zeigte ein vergleichbares Mastitis-Risiko bei Gabe eines Placebos und Gabe eines Antibiotikums auf. Ebenso scheint das Mastitisrisiko vergleichbar zu sein, unabhängig ob eine Fusidinsäurebehandlung oder eine Stillempfehlung durchgeführt wurde (n=40 Frauen). Es zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Beratung der betroffenen Frau durch eine Fachperson oder der Beratung im Rahmen der üblichen Betreuung (n=203 Frauen). Eine weitere Studie (n=400 Frauen) berichtete über ein reduziertes Mastitis-Risiko nach einer Akupunktmassage (punktuelle Massage ohne Nadeln), während eine andere Studie (n=300 Frauen) ein verringertes Risiko nach einer Brustmassage und niederfrequenter Pulsbehandlung zeigte.

Die Autorinnen schlussfolgern, dass Hinweise auf ein reduziertes Mastitisrisiko vorliegen, wenn eine Akupunktmassage statt einer Routinebehandlung erfolgt sowie Probiotika angewendet werden. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Schlussfolgerung in Bezug auf die Probiotika-Gabe unter Vorbehalt erfolgt, da die Ergebnisse einer großen relevanten Studie bislang nicht veröffentlicht wurden.

Quelle: Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F: Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2020. 9:CD007239.doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007239.pub4> · DHZ Cochrane-Review

Erscheinungsdatum: 08.10.2020

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/wie-kann-eine-mastitis-im-wochenbett-vermieden-werden/>

Fleischlos ernährte Säuglinge richtig mit Eisen, Jod, Zink und Vitaminen versorgen

Autor: Dr. Dorothea Ranft

Viele Vegetarier und Veganer möchten auch ihr Baby (überwiegend) pflanzlich ernähren. Doch dabei kann es zu gefährlichen Mangelerscheinungen kommen. Was Sie Eltern dringend raten sollten.

Liebhaber fleischfreier Ernährung lassen sich grob in drei Gruppen unterteilen: Am weitesten verbreitet sind Ovo-Lakto-Vegetarier. Sie verzehren weder Fleisch noch Fisch, zu Eiern und Milchprodukten sagen sie aber nicht prinzipiell Nein. Lakto-Vegetarier verzichten auch auf Eier. Veganer lehnen alle Nahrungsmittel tierischen Ursprungs ab, also beispielsweise auch Milch(produkte) und Honig. In der Praxis gibt es allerdings viele fließende Übergänge, schreibt das Team um Privatdozent Dr. Hermann Kalhoff von der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Westfälischen Kinderzentrum des Klinikums Dortmund. Deshalb sollten Sie in jedem Einzelfall genau eruieren, welche Kost die Eltern meinen.

Vegetarische Exklusionsdiäten können für Säuglinge nicht generell empfohlen werden. Denn: Je mehr Lebensmittel ausgeschlossen werden, desto höher ist das Risiko für Mangelerscheinungen. Lassen sich (werdende) Eltern nicht von einer nicht-vegetarischen Kost für sich und ihr Kind überzeugen, gilt es, einiges zu beachten.

Bereits die ovo-lakto-vegetarische Ernährung erfordert bei Säuglingen eine besondere Aufmerksamkeit. Denn durch den Verzicht auf Fleisch verschwindet beispielsweise das gut verfügbare zweiwertige Eisen vom Speiseplan. Als Alternative raten die Autoren, die Beikost mit Vollkorngetreide, idealerweise mit Haferflocken, zuzubereiten. Es enthält reichlich dreiwertiges Eisen. Da dieses allerdings schlechter resorbiert wird, empfehlen Experten die Zugabe von Vitamin-C-reichem Saft oder Obstpüree. Dadurch lässt sich die Aufnahme erhöhen (s. Kasten). Jodsalz hat in Säuglingskost nichts verloren

Mit Muttermilch und selbst hergestellter Beikost ernährte Kinder erhalten im zweiten Lebenshalbjahr oft zu wenig Jod. Das bei Erwachsenen als wichtigste Quelle dienende Jodsalz scheidet aus, weil Säuglingskost nicht zusätzlich gesalzen werden soll. Seefisch kommt bei einer vegetarischen Ernährung nicht in Betracht. Als Alternative empfehlen Experten die Versorgung über einen kommerziell erhältlichen angereicherten Milchbrei oder die Supplementierung (50 µg Jod pro Tag).

Außerdem ist bei der lakto-ovo-vegetarischen Ernährung die Aufnahme von Zink, Vitamin B12 und Vitamin D sowie Omega-3-Fettsäuren reduziert. Eine lakto-vegetarische Kost kann zusätzlich ein Vitamin-A-Defizit auslösen. Deshalb sollten Sie mittels Ernährungsanamnese und eventuell durch Laborkontrollen klären, ob die Versorgung ausreicht.

Von einer veganen Ernährung im Säuglingsalter raten die Autoren ausdrücklich ab. Denn dabei drohen multiple, kaum ausgleichbare Nährstoffdefizite und dazu eine mangelnde Kalorienversorgung. Neben der Zufuhr von Eisen, Zink und Jod ist die Aufnahme von Kalzium sowie Vitamin B12, B2, D und A gefährlich vermindert. Zudem fehlt es an biologisch hochwertigem tierischem Eiweiß. Somit besteht ein hohes Risiko für Entwicklungsstörungen und andere Gesundheitsgefahren.

Gemüse-Kartoffel-Getreidebrei

100 g Gemüse
50 g Kartoffeln
10 g Haferflocken
30 g Vitamin-C-reicher Saft oder Obstpüree
20 g Wasser
8 g Rapsöl

Die Vitamin-B12-Versorgung der Kinder veganer Mütter gestaltet sich oft schwierig. Säuglinge, die von Frauen mit Vitamin-B12-Mangel geboren werden, haben schon in utero kaum Vitamin in der Leber gespeichert. Wenn sie gestillt werden und ihre Mutter kein Supplement erhält, bleibt dieses Defizit auch nach der Geburt bestehen. Typische Warnsignale sind mangelndes Wachstum, Muskelschwäche, megaloblastäre Anämie und Entwicklungsstörungen des ZNS. Letztere bilden sich trotz Therapie nicht immer vollständig zurück.

Deshalb sollten Sie bei sich vegan ernährenden Schwangeren und Stillenden immer den Vitamin-B12-Spiegel kontrollieren. Wenn Säuglinge oder deren Mütter einen Mangel aufweisen, empfehlen die Autoren als Initialtherapie für das Kind die intramuskuläre Applikation von 1 mg Vitamin B12. Damit ist das Vitamin sofort verfügbar. Die Injektion kann mehrfach wiederholt werden, bevor man auf eine orale Substitution umstellt.

Eine vegane Ernährung von Säuglingen ist, wenn überhaupt, nur mit einer regelmäßigen Substitution der fehlenden Inhaltsstoffe – insbesondere Vitamin B12 – möglich. Ein vollständiger Ausgleich der Defizite erfordert Spezialkenntnisse und der dafür nötige Aufwand ist mit dem bei kindlichen Stoffwechselstörungen vergleichbar.

Die Sicherheit von Sojaprodukten ist ungewiss

Pflanzliche Milchersatzgetränke wie Reis-, Mandel- oder Getreidedrinks sind kein geeigneter Ersatz für Muttermilch oder Säuglingsnahrung im ersten Lebensjahr. Als mögliche Alternative nennen die Autoren industriell hergestellte Säuglingsnahrungen auf der Basis von Sojaproteinisolaten. Sie müssen die gleichen Nährstoffregeln erfüllen wie Produkte mit Kuhmilch. Die Sicherheit von Sojaprodukten wird allerdings noch kontrovers diskutiert. Bedenken bestehen vor allem hinsichtlich der darin enthaltenen östrogenen Verbindungen, der möglichen Allergierisiken und der Verwendung gentechnisch veränderter Pflanzen.

Quelle: Kalhoff H et al. Kinder- und Jugendarzt 2020; 51: 408-413

24.09.2020

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/fleischlos-ernaehrte-saeuglinge-richtig-mit-eisen-jod-zink-und-vitaminen-versorgen/>