
Gravid og med høyt glukosenivå

LEDER

HILDE BEATE GUDIM

hildebeateg@gmail.com

Hilde Beate Gudim er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Skui legekontor. Hun var medlem av arbeidsgruppen under deler av arbeidet med ny nasjonal retningslinje for svangerskapsdiabetes.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gravide kvinner må få god informasjon og oppfølging både under og etter svangerskapet.

Da ny nasjonal retningslinje for svangerskapsdiabetes ble innført i 2017, førte den til stor uenighet og sterke meningsbrytninger både innenfor det allmennmedisinske og det gynekologiske miljøet (1, 2). En noe forsømt problemstilling, svangerskapsdiabetes, fikk betydelig oppmerksomhet og ble mye diskutert.

Diskusjonen dreide seg i hovedsak om hvorvidt retningslinjens anbefaling om glukosebelastning av alle førstegangsgravide over 25 år og alle kvinner med kroppsmasseindeks over 25 kg/m² var en hensiktsmessig bruk av ressurser. Kritikere av retningslinjen hevdet at det var problematisk å sykeliggjøre flere gravide enn nødvendig, og at det nærmer seg generell screening når nesten 70 % av gravide skal testes, endog uten sikker helsegevinst (2). Forfattere av retningslinjen hevdet at ved bare å teste kvinner med kjent høy risiko for diabetes, slik man gjorde tidligere, risikerte man at 30–50 % av kvinner med svangerskapsdiabetes ikke ble fanget opp (1, 3). Risikoen for uheldige utfall for barnet øker lineært med mors blodglukosenivå allerede innenfor det området som blir referert til som «normalområdet» (4). Det hersker fortsatt faglig uenighet om hvorvidt de nåværende kriteriene er de korrekte og de beste.

Leeves og medarbeideres artikkel som nå publiseres i Tidsskriftet, bringer oppdatert og nyttig kunnskap om diabetes i svangerskapet (5). Studien viser at fra 2004 til 2015 økte prevalensen av svangerskapsdiabetes i Nordland og Troms, slik den også gjorde i resten av landet. Prevalensen av type 1-diabetes og type 2-diabetes i svangerskapet var uforandret. Prevalensen av preeklampsi

falt blant gravide med diabetes, men denne gruppen hadde 2–4 ganger høyere prevalens av preeklampsi, makrosomi og keisersnitt sammenliknet med alle fødende i samme region.

Det er mulig den økte prevalensen av svangerskapsdiabetes i studieperioden hovedsakelig skyldes større oppmerksomhet hos helsepersonell og økt testing av risikogrupper. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser store fylkesvise variasjoner frem til 2017 (6), hvilket sannsynligvis reflekterer ulik etterlevelse av tidligere anbefaling om testing av gravide med antatt høy risiko for diabetes.

Gjennomsnittlig HbA1c blant alle med diabetes i svangerskapet sank fra 45 til 40 mmol/mol fra 2004 til 2015, og prevalensen av preeklampsi falt også i samme periode (5). Synkende HbA1c kan forklares med at flere kvinner med gjennomgående lavere blodglukosenivå diagnostiseres med diabetes i svangerskapet, men kan også reflektere en bedret diabeteskontroll. Studien viser at kvinner med type 1- og type 2-diabetes hadde høyere HbA1c enn kvinner med svangerskapsdiabetes, og at flere utviklet preeklampsi og ble forløst med keisersnitt. En god oppfølging av den gravide innebærer at målene for blodglukosenivåer oppnås.

En god svangerskapsomsorg må evne å fange opp de kvinnene som står i fare for å utvikle diabetes i svangerskapet, uten at man skaper unødig bekymring og sykeliggjør friske gravide. Kvinner med svangerskapsdiabetes har økt risiko for å utvikle type 2-diabetes senere i livet, men utviklingen av diabetes kan forebygges eller utsettes ved livsstilsintervensjon (1).

«Studien bør motivere oss fastleger til å råde unge overvektige til vektreduksjon i forkant av planlagt svangerskap»

Overvekt bidrar til utvikling av insulinresistens, type 2-diabetes og svangerskapsdiabetes (1). Svangerskapsdiabetes og overvekt er uavhengige risikofaktorer for svangerskapskomplikasjoner, og kombinasjonen av disse gir størst risiko (3). Av kvinner med svangerskapsdiabetes er 60–70 % overvektige. Leeves og medarbeidere problematiserer at forekomsten av svangerskapsdiabetes og overvekt i svangerskapet fortsatt er høy til tross for at risikoen dette medfører, er velkjent. Som fastleger opplever vi ofte en stor grad av tillit fra pasientene, og vi kjenner ofte den gravide kvinnen og hennes disposisjoner. Denne studien bør motivere oss til å råde unge overvektige til vektreduksjon i forkant av planlagt svangerskap.

Det er fortsatt stor variasjon i oppfølgingen av gravide i Norge. Kvinnen har krav på at fastlege og jordmor tar anbefalingen om at alle gravide skal tilbys en samtale om vektøkning, kostiltak og fysisk aktivitet ved første svangerskapskontroll, på alvor (1). Erfaringsmessig er det mye å hente ved en god kostanamnese med enkle, individuelt tilpassede råd. Denne konsultasjonen er også egnet til en dialog omkring anbefalt glukosebelastning i uke 24–28 av svangerskapet, slik at kvinnen selv kan ta et informert valg bygget på dagens kunnskap.

Ved påvist svangerskapsdiabetes vil kosttiltak og daglig moderat fysisk aktivitet være tilstrekkelige tiltak for mange av kvinnene. Randomiserte studier har vist at behandling av svangerskapsdiabetes med livsstilsendringer, og medikamenter om nødvendig, har redusert forekomsten av svangerskapskomplikasjoner [\(7, 8\)](#).

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Svangerskapsdiabetes. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsdiabetes/diagnostikk-og-tiltak-for-a-finne-uoppdaget-diabetes-og-svangerskapsdiabetes> Lest 13.11.2019.
2. Backe B. Å skyte spurv med kanoner. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0167. [CrossRef]
3. Catalano PM, McIntyre HD, Cruickshank JK et al. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study: associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. Diabetes Care 2012; 35: 780–6. [PubMed][CrossRef]
4. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358: 1991–2002. [PubMed][CrossRef]
5. Leeves LT, Andreasen C, Marrable S et al. Prevalens av diabetes blant gravide og svangerskapsutfall i Nordland og Troms 2004–15. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0927. [CrossRef]
6. Medisinsk fødselsregister – statistikkbank. <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/> Lest 13.11.2019.
7. Farrar D, Simmonds M, Bryant M et al. Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts. PLoS One 2017; 12: e0175288. [PubMed][CrossRef]
8. Landon MB, Spong CY, Thom E et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. N Engl J Med 2009; 361: 1339–48. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 9. desember 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0734
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. juli 2026.