

LAUSUNTO raskausdiabeteksen Käypä hoito –suosituksesta

3.5.2013

Suositus on kokonaisuutena selkeä ja ytimekäs. Näytönastekatsauksia lääkkeellisen hoidon ja normoglykemian ennustetta parantavista vaikutuksista voisi täsmentää niin, että lukijalle muodostuu oikea käsitys niiden vaikuttavuudesta. Ruokavaliohoidonhan merkitys on huonommin osoitettu, ja se olisi myös hyvä tuoda esiin. Ehdotamme, että sokerirasituksen diagnostisten raja-arvojen muuttamisen perusteista tehdään uusi näytönastekatsaus; Y-linkki ei mielestämme riitä näin tärkeässä asiassa. Y-linkkeihin voisi lisätä muiden maiden suosituksia nähtäväksi. Suosituksessa käytetään ajoittain käsitettä ”avoterveydenhuolto” kun tarkoitetaan perusterveydenhuoltoa.

Seuraavassa muutamia jäsenistömme tekemiä yksityiskohtaisia huomautuksia/muutosehdotuksia työryhmän harkittavaksi:

Rivillä 144 oleva MODY2:n hoitoa koskeva suositus jää vaikeasti käsitettäväksi ja kaipaisi lisää perusteluja. Onko äidin normoglykemiat tässä tapauksessa jollain tavalla vaarallinen sikiölle?

Rivi 160 Esiintyvyys: Kun sanotaan, että USA:ssa joka viides sairastuu raskausdiabetekseen, pitäisi myös mainita, millä kriteerillä raskausdiabetes siellä määritellään. Esiintyvyyshän riippuu taudin määrittelystä.

Rivi 190: Onko perustetta tuoda esille erityisryhmänä naiset, joilla sokerirasituksessa on 2 tai 3 poikkeavaa arvoa? Tuoko tämä jotain lisäarvoa normaalille omaseurannalle, joka kuitenkin joka tapauksessa aloitetaan ja joka ymmärtääkseni ratkaisee jatkohoidon?

Rivi 237 ohjeistetaan, että mittaukset tehdään tarvittaessa ennen pääateriaa. Mitä tarkoittaa tarvittaessa? Mitä suositusarvoja tällöin sovelletaan – samaako kuin ennen aamiaista yön paastoamisen jälkeen? Päiväaikainen glukoositaso ymmärtääkseni harvoin vastaa paastoarvoa ja on siten ongelmallinen mittauksen kohde.

Rivi 239: Mittauspäivien määrä päätetään yksilöllisesti – mitä tarkoittaa?

Riviltä 469 alkavat komplikaatiot: Mielestämme seuraavissa kappaleissa hämmentävästi korostetaan insuliinilla hoidettujen raskausdiabeetikoiden riskialttiutta (perinataalikuolleisuus, makrosomia, krooninen hapenpuute). Herää kysymys, onko nimenomaan insuliinihoito vaarallinen. Eikö pikemminkin raskausdiabeteksen vaikea-asteisuus tai huono tasapaino? Perinataalikuolleisuuden kappale alkaa lauseella insuliinihoitoisen raskausdiabetekse riskialttiudesta. Viite on vuoden 2001 suomalaisen rekisteritutkimukseen. Ehdotamme, että tämä lause otettaisiin pois kappaleen alusta ja sijoitettaisiin samaan kappaleeseen myöhemmäksi alapallukan alle. Myös makrosomia mainitaan erityisesti insuliinihoidetun raskausdiabeteksen ongelmaksi. Kuitenkin insuliinihoito toisten tutkimusten mukaan suojaa makrosomialta,

Rivi 470 viitataan sellaiseen seurantaan kuin ykköstyypin diabeetikolla. Seurannan laatu ja tiheys pitäisi kuitenkin ilmoittaa myös tässä suosituksessa eikä viitata johonkin toiseen, yleiseen totuuteen. Seurantaa tihennetään loppuraskaudessa – mitä tarkoittaa? Kannattaisiin esimerkiksi seuraavaa: Jos viitteitä makrosomisesta kasvusta, kasvun hidastumasta, äidin vaskulaarisista

ongelmista, sokeritasapaino on huono tai insuliinin tarve suuri, 35 viikon jälkeen vähintään viikon välein, tarvittaessa tiheämminkin. Sen sijaan komplikaatoriski on varsin vähäinen niillä lääkehoidetuilla, joilla ei ole yllä mainittuja ongelmia, joten kontrollivälikin voi olla pitempi, esimerkiksi 2 viikkoa.

Rivi 568 Ei löydy suoraa mainintaa tai perustetta johdannon lauseelle, jonka mukaan ”Vastasyntyneen komplikaatioiden ehkäisyssä myöhäänkin raskaudessa aloitettu hoito 77 vähentää erityisesti hypoglykemiaa”. Tämä on kuitenkin tärkeä kannanotto, joten toivoisin perusteluja tekstiosuuteen tai näytönastekatsaukseen.

Rivi 628 Edellä esittämieni perustelujen mukaisesti saattaa olla turhan kategorista suositella kaikille insuliinihoidetuille sokerirasituskoe 6-12 viikon kuluttua synnytyksestä. Olisi ehkä motivoivampaa, jos raskauden aikainen sokeritasapaino ja insuliinin tarve otettaisiin tässä huomioon ja neuvolan jälkitarkastuksen yhteydessä harkittaisiin yksilöllisesti sokerirasituksen ja muun terveysseurannan ajankohta – kuitenkin viimeistään vuoden sisällä.

”Keskeisessä sanomassa” mainitaan (rivi 69), että glukoosirasitus tehdään lähes kaikille. Tekstissä korostetaan (rivi 196) ”pääsääntö on, että glukoosirasituskoe tehdään kaikille raskaana oleville”. Jälkimmäinen sisältää selkeän mielipiteen, joten siirtäisin sen muodon myös keskeisen sanomaan, kun se kerran on työryhmän mielipide.

Rivi 510 ehdotetaan tarkennusta/ uudelleen muotoilua : Synnytyksen seuranta synnytyksen aikana - ohje: Miten määritetään diabeetikoiden hoitoon perehtynyt synnytyssairaala, tai mitkä eivät niitä olisi – ja koskeeko sairaalavalinta kaikkia potilaita, joilla on dg gestaatiidiabetes ?

Rivi 775 työnjakotaulukkoon 1. Laatikoon 9, Insuliinia ja/ tai metformiinia tarvitsevat äitiyspoliklinikalle oheen ehdotetaan myös ... äitiyspoliklinikalle äidit, joilla on muita riskitekijöitä (vrt rivi 470) tai makrosomiaepäily (vrt. rivi 468).

Sivulla 4 puuttuu sana/sanoja lauseesta: insuliiniherkkyyttä heikentävistä, eritoten istukkaperäisistä, joiden erityis lisäänty raskauden edetessä.

Tiivistelmässä viitataan useassa kohdassa raskausdiabetekseen liittyviin perinataalikomplikaatioihin, ja toivoisin, että ne lueteltaisiin sivulla 11 rivillä 436, jossa on otsikko Perinataalikomplikaatiot. Nyt luvussa ei mainita muuta kuin että niiden esiintyvyys on lisääntynyt.

Yhteenvetona Suomen Gynekologiyhdistys toteaa, että Käypä hoito –suositus raskausdiabeteksestä on hyvin onnistunut. Onnittelemme työryhmää hyvin suoritetusta työstä!

Johanna Mäenpää

SGY:n puheenjohtaja

Professori, ylilääkäri

TaY/Tays, naistenklinikka