

# Dags för enhetlig screening för graviditetsdiabetes

**Screening**, diagnostik och behandling för graviditetsdiabetes (GDM) handläggs fortfarande olika bland Sveriges regioner, men även internationellt. Det har i två färiska randomiserade studier visats att man genom att screena för, diagnostisera och behandla lägre nivåer av hyperglykemi under graviditet minskar risken för komplikationer under graviditet och förlossning [1, 2]. Genom att följa upp kvinnor med GDM efter förlossningen kan utvecklingen av typ 2-diabetes förebyggas.

Med andra ord så ger diagnostisering och behandling av GDM både kort- och långsiktiga hälsovinster för såväl mor som barn [3]. Den stora svenska GDM-studien CDC4G (Changing diagnostic criteria for GDM; [www.cdc4g.se](http://www.cdc4g.se)) är en randomiserad klusterstudie med stegad kildesign (stepped wedge) där effekten av behandling efter övergång till WHO:s diagnosgränser för GDM från 2013 utvärderas. Studien är avslutad, men ej ännu publicerad, och resultatet kommer att ge oss svar om effekten av behandling av GDM vid riskfaktorbaserad screening, som för närvarande används till största delen i Sverige.

**Screeningmetoder** bör väljas baserat på specificitet och sensitivitet samt att evidens för effektiv behandling av sjukdomen man screenar för finns. De screeningmodeller för GDM som används i Sverige i dag är utvärderade för andra diagnosgränser än vad som rekommenderas av Socialstyrelsen 2015 och WHO 2013, och



**Helena Backman**, docent, överläkare, VO obstetrik och gynekologi, Universitetssjukhuset Örebro  
● [helena.backmann@oru.se](mailto:helena.backmann@oru.se)



**Johan Jendle**, professor, överläkare, medicinkliniken, Universitetssjukhuset Örebro  
● [johan.jendle@oru.se](mailto:johan.jendle@oru.se)

våra befintliga modeller missar en betydande andel GDM [4]. Följden är att odiagnostiserade kvinnor inte får glukossänkande behandling under graviditet eller uppföljning avseende glukosstörningar post partum.

Utmaningarna kring screening och diagnostik av GDM beror dels på den heterogena patofysiologin som ligger bakom GDM, dels på metodproblem och att evidensen varit bristfällig samt att traditioner eller konsensus tidigare har fått styra.

Det finns regionala skillnader i Sverige vad gäller handläggning av GDM. Vi vet i dag att tidigt upptäckt GDM (före graviditetsvecka 20) innebär en hög risk för utveckling av typ 2-diabetes. Inte sällan upptäcks typ 2-diabetes/nedsett glukostolerans/monogen diabetes vid rutinmässig screening under graviditet. Världshälsoorganisationen (WHO) särskiljer GDM från manifest diabetes beroende på glukosvärden från ett 75 grams oralt glukostoleranstest (OGTT) (fasteplasmaglukos (PG)  $\geq 7,0$  mmol/l eller 2-timmarsvärde  $\geq 11,1$  mmol/l). Denna gränsdragning görs inte i Sverige i dag, då vi bara använder en ICD-kod för glukosstörning under graviditet oavsett allvarlighetsgrad. Den klassiska tidpunkten för screening är kring graviditetsvecka 24-28, då insulinresistensen ökar markant och kvinnans insulinproduktion inte täcker de ökade metabola behoven.

**Vilket test** bör vi välja för screening och/eller diagnos? OGTT är ingen perfekt metod, då reproducerbarheten har visats vara dålig [5], men venöst OGTT är den internationella standarden och både det screening- och diagnostiska test som används för att finna en oupptäckt diabetes under graviditet. HbA<sub>1c</sub> är ett dåligt screeningtest under graviditet.

United States Preventive Services Task Force rekommenderar universell screening i graviditetsvecka 24-28 [6], det vill säga på alla gravida, men evidens saknas för vilka kvinnor som ska testas tidigt (graviditetsvecka <20).

Förutom jämlikhetsperspektivet, att alla kvinnor får samma möjlighet till be-

handling och förebyggande hälsovård, möjliggör en universell screening att den framtida forskningen kan utvärdera effekterna för kvinnors och barns hälsa både kort- och långsiktigt. Mer forskning behövs för att kunna skapa bättre rutiner och kunna rikta personcentrerade insatser, det vill säga att göra rätt saker för rätt person i rätt tid.

Vi har i Sverige flera utmärkta kvalitetsregister som hälso- och sjukvården har ett ansvar och en skyldighet att använda i syfte att följa upp och förbättra vården. Om vi kan enas om en gemensam syn på screening för och behandling av GDM i Sverige så behöver diagnoskriterierna ses över, ett arbete som Socialstyrelsen redan har initierat under 2023. Ojämligheten försvinner inte innan vi har konsensus kring såväl diagnoskriterier som screeningmodell.

**Ifall vi lyckas** med förändringsarbetet och minskar de regionala skillnaderna är detta till nytta för många gravida samt framtida generationer. Frågan är: tar kunskapsstyrningssystemet stafettpippen och leder, implementerar nya forskningsresultat och följer upp nödvändiga förändringar inom hälso- och sjukvården nationellt i Sverige? ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2023;120:23120

## REFERENSER

1. Simmons D, Immanuel J, Hague WM, et al; TOBOGM Research Group. Treatment of gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy. *N Engl J Med*. 2023;388(23):2132-44.
2. Crowther CA, Samuel D, McCowan LME, et al; GEMS Trial Group. Lower versus higher glycemic criteria for diagnosis of gestational diabetes. *N Engl J Med*. 2022;387(7):587-98.
3. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, et al. A clinical update on gestational diabetes mellitus. *Endocr Rev*. 2022;43(5):763-93.
4. Saeedi M, Hanson U, Simmons D, et al. Characteristics of different risk factors and fasting plasma glucose for identifying GDM when using IADPSG criteria: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):225.
5. Bruns DE, Metzger BE, Sacks DB. Diagnosis of gestational diabetes mellitus will be flawed until we can measure glucose. *Clin Chem*. 2020;66(2):265-7.
6. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al. Screening for gestational diabetes: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;326(6):531-8.

## HUVUDBUDSKAP

- Screening och diagnostik av GDM är ojämlig i Sverige, och många kvinnor får inte möjlighet till behandling under graviditet och uppföljning post partum.
- Alla gravida bör erbjudas screening med venös OGTT.
- En screeningmodell och gemensamma diagnoskriterier skulle göra vården mer jämlik och möjliggöra förbättringsarbete på sikt för kvinnors och barns hälsa.