

わが国における妊娠糖尿病の疫学 —JAGS trialを用い新基準後における GDMの臨床背景を紐解く—

牧 尉太 *Jota Maki* (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教室)

杉山 隆 *Takashi Sugiyama* (愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室教授)

平松 祐司 *Yuji Hiramatsu* (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教室教授)

● key words JAGS trial / 妊娠糖尿病 / 初期スクリーニング

はじめに

妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus : GDM) に関するわが国の管理は1985年に定義が発表されて以後、日本産婦人科学会が提案した基準を採用し行われてきた。その後26年が経ち、International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) は、Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) studyのデータを元に、GDMに関し世界統一の新診断基準を提唱した¹⁾。わが国でも2010年4月から前記勧告に準拠した新診断基準が制定された。さらに2015年8月からIADPSG診断基準の“overt diabetes in pregnancy”の表記に合わせ、今まで以上に整合性の高いものにするべく一部改訂が成された²⁾。そして2016年4月に妊婦の糖代謝異常に対するSMBG (self-monitoring of blood glucose) 保険適応拡大が認められ、ハイリスクGDM (HbA1c 6.5%未満で75gOGTT 2時間値が200mg/dL以上) の従来の項目に加え、「75gOGTTの基準3点のうち2点以上」、「75gOGTTの基準1点以上、かつ非妊時BMI (body mass index) $\geq 25\text{kg/m}^2$ 」が追加された。

このように10数年間で、GDMの診断や管理は大きく変わってきたが、その背景に、「母児の周産期合併症を予防すること」や「妊娠終了後の真の糖尿病の発症を予防する

こと」があるため、GDMを診断するためのスクリーニング法の決定は最重要事項であった。本稿ではわが国で行われたJapan assessment of GDM screening (JAGS) trial³⁾を紹介し、新診断基準後の臨床背景について再検討を加え言及する。

I. GDMスクリーニングの検討 ～JAGS trialについて～

GDMスクリーニングに関しては、対象 (全妊婦か、高リスク群のみか)、スクリーニング施行時期 (妊娠初期の選定)、スクリーニングの方法、診断基準、そしてコストパフォーマンスなどについて世界の関係学会で議論があり、現在でもさまざまなガイドラインが存在している。また、本年、IADPSGが唱える妊娠初期のGDM診断における空腹時血糖閾値 $\geq 5.1\text{mmol/L}$ (92mg/dL) は用いるべきではなく、妊娠中の転帰を真に反映した初期リスク評価はHbA1c $\geq 5.9\%$ であるという報告が発表され⁴⁾ 今後の動向が注目される。

一方、わが国の妊娠初期GDMスクリーニング法は、海外各国と一部異なっている¹⁾⁵⁾⁶⁾。これは、妊娠初期にGDMの約6割が検出されるという報告⁷⁾があるように、わが国は欧米に比べて1型糖尿病の有病率が低く、若年者においても糖尿病患者に占める2型糖尿病の比率が高いた