

妊娠糖尿病のリスク因子と妊娠合併症

山下 洋 Hiroshi Yamasita (国立病院機構長崎医療センター産婦人科医長)

安日 一郎 Ichiro Yasuhi (国立病院機構長崎医療センター産婦人科部長)

● key words GDM/リスク・スコアリング法/リスク因子トリアージ法

はじめに

糖尿病合併妊娠よりも軽症の妊娠中の耐糖能異常である妊娠糖尿病 (gestational diabetes mellitus : GDM) が周産期予後不良の原因になるのかについては、そのエビデンスが乏しいことが長年指摘されていた。2008年、International Association of Diabetes and Pregnancy Study groups (IADPSG) の主導による大規模な未介入観察試験であるHyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO) 研究¹⁾は、軽症の母体の耐糖能異常であるGDMが、巨大児、臍帯血高Cペプチド血症、新生児低血糖などの児の合併症および妊娠高血圧腎症、肩甲難産、初回帝王切開といった母体合併症をともに増加させることを明らかにし、その周産期合併症としてのエビデンスが確立した。IADPSGはHAPO研究の成果をもとに、GDMの国際標準診断基準を2010年3月の「Diabetes Care」に発表した²⁾。わが国でも日本糖尿病・妊娠学会が、この国際標準診断基準に準拠した新しいGDM診断基準を提唱し³⁾、これを日本産科婦人科学会⁴⁾、日本糖尿病学会⁵⁾が承認し2010年7月から運用開始された。新しい診断基準の導入により、GDMの頻度が約4倍に増加し⁶⁾、臨床の現場に若干の混乱をきたしている。そして、その増加したGDMの約90%が診断時の75gOGTT (oral glucose tolerance test) 1点のみの異常である⁷⁾。臨床現場の混乱

の要因は、従来の診断基準では正常とされてきたこれらの75gOGTT 1点のみの異常症例に対する管理方針における混乱である。われわれは従来より、GDMにおける周産期合併症と関連の深いリスク因子を用いることで、より合理的なGDM管理が可能となることを提唱してきた⁷⁾。本稿では、われわれが開発したリスク因子トリアージ法を用いたGDM管理について述べる。

I. わが国における新診断基準GDMの管理の現状

宮越らは、妊娠糖尿病の新基準導入後の全国におけるGDM関する診療内容把握目的で1,042施設を対象にアンケート調査を行った⁸⁾。その中の75gOGTT 1点陽性例に対しての管理指針についての回答では、対象施設の48%が「食事・栄養指導」のみ、3%が「体重指導のみ」、 「介入なし」が2%と、半数以上の施設で「75gOGTT 2/3点陽性例」とは区別し、より軽症例として管理していることがわかった (図1)。しかし、もともと2点以上の異常という概念は母体の長期予後 (2型糖尿病発症リスク) と関連についてのエビデンス⁹⁾ しかなく、以前より従来の診断基準の1点のみ異常症例も周産期予後が不良であることが報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。HAPO研究は、75gOGTTの空腹時、1時間値、2時間値のおのおのが独立して周産期有害事象と関連しているという周産期予後との関連についてのエビ