

Diabetes aufgefrischt

Folge Nr.2: Das Diabetes-Risiko erkennen

Typ-1-Diabetes: Das Lebenszeit-Risiko beträgt in der deutschen Bevölkerung allgemein ca. 0,3%. Bei Kindern diabetischer Mütter liegt es bei 2-4%, ist der Vater betroffen bei ca. 6%, ist ein Geschwisterkind erkrankt bei ca. 5%. Ein Screening wird bei asymptomatischen Verwandten außerhalb von klinischen Studien nicht empfohlen. Man kann durch den HLA-Status und Autoantikörper-Bestimmungen zwar eine Risikoaussage machen, aber nicht den Manifestationszeitpunkt angeben und auch die Manifestation nicht verhindern. Entscheidend ist die Beachtung klinischer Symptome:

- Polyurie
- Polydipsie
- Gewichtsabnahme ohne sonst erklär-bare Ursache

– Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kraftlosigkeit, Leistungsabfall in der Schule und am Arbeitsplatz, Sehstörungen, nicht heilende, juckende Hautinfektionen (z.B. Vulvitis, Balanitis).

Liegen solche Symptome vor, sollte unmittelbar ein Gelegenheits-BZ bestimmt werden.

Typ-2-Diabetes: Das Risiko für einen Typ-2-Diabetes nimmt mit zunehmendem Alter, höherem Körpergewicht und bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie zu. Trotzdem haben die meisten älteren Menschen, Übergewichtigen oder Hypertoniker keinen Diabetes. Wen also in der Arztpraxis testen? In dieser Folge von „Diabetes aufgefrischt“ sollen Hinweise gegeben werden, bei welchen



asymptomatischen Patienten, im weiteren Sinne beim „Gesunden“, mit einem Blutzuckertest auf einen bereits manifesten, aber bisher unerkannten Diabetes untersucht werden sollte.

Bei Erwachsenen mit einem BMI ≥ 25 kg/m² sollte ein BZ-Test (Nüchtern-BZ oder OGTT) erwogen werden, wenn ei-

nes oder mehrere der folgenden Symptome hinzukommen:

- körperliche Inaktivität
- Erstgradiger Verwandter mit Diabetes (Eltern, Geschwister)
- Ethnische Herkunft (z.B. Asien, Afrika, Mexiko)
- Frauen mit Gestationsdiabetes in der Anamnese oder wenn sie ein Kind > 4000 g geboren haben
- Hochdruck > 140/90 mmHg oder bereits medikamentös behandelter Hochdruck
- HDL-Cholesterin < 35 mg/dl und/oder Triglyceride > 250 mg/dl
- Frauen mit Polyzystischem Ovarsyndrom (PCOS)
- IFG oder IGT bei einer früheren BZ-Untersuchung
- Klinische Befunde, die mit einer Insulinresistenz einhergehen (z.B. Acanthosis nigricans)
- manifeste Arteriosklerose.

Der OGTT ist im Vergleich zum Nüchtern-BZ aufwändiger, aber auch aussagekräftiger und erfasst alle Fälle eines gestörten Glukosestoffwechsels.

Als wichtigster Risikofaktor kann die arterielle Hypertonie gelten. Liegen die beschriebenen Kriterien nicht vor, empfiehlt sich die Bestimmung des Nüchtern-BZ alle 2 Jahre im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung ab dem 36. Lebensjahr. Nimmt der Patient daran nicht teil, sollte ein Nüchtern-BZ ab einem Alter von 45 Jahren erstmals bestimmt und bei unauffälligem Ergebnis alle 3 Jahre wiederholt werden. Bei einer gestörten Nüchtern-Glukose ist unbedingt ein OGTT zu empfehlen, um nicht einen bereits manifesten Diabetes zu übersehen. Urinzucker-Streifentests und der HbA1c sind als Screening-Methoden nicht geeignet.

Also besonders hilfreich kann der FINDRISK-Bogen angesehen werden, den

der Patient entweder selbst, oder noch besser mit seinem Hausarzt gemeinsam ausfüllt und auswertet. Der FINDRISK-Bogen klassifiziert das Diabetes-Risiko und gibt Gesundheitstipps. Er bietet eine ideale Gesprächsgrundlage zwischen Patient und Hausarzt.

Vorteile durch die Entdeckung der Diabetes-Vorstufen sind insbesondere dann zu erwarten, wenn die vom Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) beabsichtigte Einführung sogenannter „Präventionsmanager“ stattgefunden hat. Diese sollen den Patienten bei der Änderung des Lebensstils individuell unterstützen und begleiten.

Helmut Kleinwechter, Norbert Demandt
- diabetologikum kiel
arzt@diabetologikum-kiel.de

Nächste Folge Nr.3: Der orale Glukose-Toleranz-Test (OGTT)