

Diabetes aufgefrischt

Folge 4: Differential-Diagnostik: Typ 1 oder Typ 2-Diabetes

In den klassischen Befundkonstellationen ist die Festlegung des Diabetes-typs einfach.

Junges Lebensalter, ausgeprägte Symptome (Polyurie, Pollakisurie, Nykturie, Polydypsie, Gewichtsverlust), die sich in kurzer Zeit (Tage bis Wochen) entwickeln, sprechen für einen **Typ 1-Diabetes**. Hohe Blutzuckerwerte mit Nachweis einer Ketonurie, gegebenenfalls sogar einer Ketoazidose, bestätigen die Diagnose. Das familiäre Vorliegen eines Typ 1-Diabetes spielt bei einer Vererblichkeit von 5-7% nur eine geringe Rolle. Häufig sind andere Autoimmunerkrankungen wie eine Hashimoto-Thyreoiditis als Komorbidität anzutreffen. Klinisch besteht eine gute Insulinempfindlichkeit. Da im Verlauf die Insulinproduktion völlig versiegt, zeigen sich häufig nach dem Ende der Remissionsphase stärkere Blutzucker-Schwankungen. Laborchemisch sind bei Manifestation zu 90% Autoantikörper (Kinder: v.a. Insulinautoantikörper – IAA, Erwachsene: v.a. Glutamatdekarboxylaseantikörper – GADA) nachweisbar. Bei länger bestehendem Typ 1-Diabetes ist kein C-Peptid mehr nachweisbar.

Im Gegensatz dazu ist bei älteren, übergewichtigen Patienten mit Diabetesmanifestation sowie gleichzeitigem Vorliegen anderer Erkrankungen des metabolischen Syndroms wie Hyperlipidämie und arterielle Hypertonie, von einem **Typ 2-Diabetes** auszugehen. Die positive Familienanamnese gibt bei einer Vererblichkeit von 25-40% ebenso wie bei Frauen die Anamnese für einen Gestationsdiabetes wichtige Hinweise. Die Symptome entwickeln sich oft sehr langsam über Monate hinweg und können wesentlich unspezifischer sein. Nykturie oder nachlassende Leistungsfähigkeit werden oft dem höheren Lebensalter und nicht einem Diabetes zugeschrieben. Neben der gestörten Insulinfreisetzung (Verlust der 1. Phase) spielt die In-

sulinresistenz eine bedeutende Rolle. Da die Insulinproduktion nie vollständig erliegt, besteht auch bei Stoffwechselentgleisungen kaum eine Ketoseneigung. Die Therapie ist mit Lebensstiländerung und oralen Antidiabetika zu Beginn gut führbar. Diabetes-spezifische Antikörper sind nicht nachweisbar oder geringgradig unspezifisch erhöht (falsch positiv). Das Nüchtern-C-Peptid ist bei Erkrankungsbeginn oft erhöht oder im oberen Normbereich, jedoch differentialdiagnostisch ohne Bedeutung.

Im Rahmen der UKPDS und anderer Studien hat sich allerdings gezeigt, dass rund 10% der als Typ 2-Diabetiker eingestuften Patienten doch GAD-Antikörper positiv waren. Bei Auftreten eines Diabetes im Erwachsenenalter, Nachweis diabetesassoziierter Autoantikörper und fehlendem Insulinbedarf für 6 Monate sind die Kriterien für einen **LA-DA-Diabetes** (latent autoimmune diabetes in adults) erfüllt. Hinweisend auf einen LADA sind hohe Nüchtern-BZ oder HbA1c-Werte trotz Diät- und Therapiebefolgung, Normalgewicht und eine positive Familienanamnese für Typ 1-Diabetes oder andere Autoimmunerkrankungen. Prinzipiell sind das Patienten, wo frühzeitig zu einer Insulinbehandlung geraten wird. Ob Patienten mit LADA von einer sofortigen Insulintherapie im Vergleich zu einer Behandlung mit oralen Antidiabetika profitieren, ist nicht gesichert.

Letztendlich wird heute die Differentialdiagnose des Diabetes durch gesellschaftliche Trends erheblich erschwert. Das in der Bevölkerung zunehmende Übergewicht führt zur Manifestationen des Typ 2-Diabetes im jüngeren Lebensalter. Da sich Typ 1-Diabetiker gesellschaftlichen Trends nicht verschließen, nimmt die Anzahl der bei Manifestation übergewichtigen und adipösen Typ 1-Diabetiker ebenfalls zu.



Fazit: Nur bei Patienten, wo die Differentialdiagnose Typ 1- oder Typ 2-Diabetes unklar ist oder ein LADA vermutet werden kann, ist die Bestimmung von GAD-Antikörpern sinnvoll. Soll bei langjährig bestehendem Diabetes ein Typ 1-Diabetes gesichert werden, empfiehlt sich die Bestimmung von C-Peptid morgens nüchtern.

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

Nächste Folge Nr. 5: Blutzuckermessung in der Praxis

Diabetes: Was spricht für Typ 1 und gegen Typ 2?

- Manifestationsalter < 25 Jahre
- schlanker Patient
- kein oder nur kurzes insulinfreies Intervall
- Notwendigkeit einer Insulintherapie trotz Gewichtsverlust
- Vorliegen anderer Autoimmunerkrankungen
- Typ 1 D.m. in naher Verwandtschaft
- Stoffwechselinstabilität („Schwungen“: Hypos, Ketoseneigung)
- GAD – Autoantikörper bei kurzer Laufzeit, negatives C – Peptid nach langer Laufzeit