



*Diabetes ist nicht gleich Diabetes – mit Konsequenzen für Diagnostik und Therapie.*

Die Kunst der Differenzialdiagnose und -therapie

# Kann es eine typische Therapie für jeden Diabetestypen geben?

Unser Wissen über Diabetes-Subtypen und Begleiterkrankungen wächst ebenso wie das Spektrum der Antidiabetika. Das hat Konsequenzen und die Therapie wird immer komplexer. Sei es beim Typ-1-Diabetes, der sich durch alle Generationen zieht, vereinzelt auch geriatrische Patienten neu betrifft, meist unter- oder normalgewichtige Menschen, aber auch übergewichtige, alle mit ihren speziellen Bedürfnissen. Die Diagnose steht leider oft erst bei Eintritt einer diabetischen Ketoazidose fest. Behandelt wird bei Typ-1-Diabetes zwar immer mit Insulin, aber der technische Fortschritt und neue Insuline verlangen zunehmend Expertise bei der Auswahl. Klinisch abzugrenzen ist der LADA (Latenter Autoimmuner Diabetes des Erwachsenen). LADA wird diagnostiziert anhand erhöhter Blutglukosewerte, imponiert wie Typ-2-Diabetes, es sind aber wie beim Typ 1 Inselautoantikörper vorhanden. Auch wenn LADA dem Typ-1-Diabetes zugeordnet ist, kommen die Patienten oft mindestens 3-6 Monate nach der Diagnose noch ohne Insulintherapie aus und erhalten orale Antidiabetika.

## Auch beim Typ-2-Diabetes wird differenziert

Typ-2-Diabetes manifestiert sich ebenfalls häufig schleichend und geht meist mit Übergewicht, Hypertonie und Hypercholesterinämie einher. Per definitionem liegen bei Typ-2-Diabetes aber keine Inselautoantikörper vor. Auch hier zeichnen sich Subgruppen ab. Diese werden nach dem Grad der Insulinresistenz, der Betazellfunktion und der Entwicklung von Folgeerkrankungen unterschieden, wobei „der Patient“ mit Typ-2-Diabetes meist erst einmal mit Metformin behandelt wird und sich die weitere Therapie nach dem kardiovaskulären Risiko und manifesten Vorerkrankungen richtet. Nach dem pathogenetisch wichtigen Grad der Insulinresistenz oder der Betazelldysfunktion wird häufig therapeutisch nicht differenziert. Dies wohl auch, weil es bislang wenig prospektive Studien gibt, in denen die Wirksamkeit verschiedener Antidiabetika bei den Subtypen verglichen werden. Während das HbA<sub>1c</sub> als Surrogat für die Blutzuckereinstellung lange Zeit Hauptkriterium für die Therapiebeurteilung war, treten jetzt zusätzliche Faktoren wie Blutzuckerschwankungen, das



Prof. Dr. med. Nanette Schloot

Gastwissenschaftlerin am Deutschen Diabetes-Zentrum, Leibniz Zentrum für Diabetesforschung, Institut für klinische Diabetologie Heinrich-Heine-Universität Auf'm Hennekamp 65, 40225 Düsseldorf nanette.schloot@web.de

Risiko für Hypoglykämien, das Gewicht und vor allem bei Typ-2-Diabetes der kardiovaskuläre Status in den Vordergrund.

Erfreulich: Die Therapieempfehlungen werden gerade aktualisiert und vereinheitlicht. Bislang gab es für Diabetes Typ 2 sechs separate Leitlinien, darunter die differierenden der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Aktuell werden diese zur „Nationalen Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes“ zusammengeführt, die vielleicht noch dieses Jahr publiziert wird. Die lang erwartete Konsultationsfassung wurde im Juli vorgelegt und konnte bis 27.8.2020 kommentiert werden (<https://www.leitlinien.de/nvl/diabetes>). Aus ihr ist bereits ersichtlich, dass es zu einer einheitlichen Therapieempfehlung kommt, die sich an den internationalen Leitlinien orientiert.

Klare Empfehlungen fehlen weitgehend, wenn es um den gar nicht so seltenen, häufig nicht erkannten monogenen Diabetes geht, meist als MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) bekannt. Da viele verschiedene genetische Mutationen zu Hyperglykämie führen können, gibt es inzwischen mindestens zehn verschiedene MODY-Typen, wobei MODY 2 und MODY 3 am häufigsten sind. Zum monogenen Diabetes liefert diese Ausgabe von „Info Diabetologie“ einen aktuellen Übersichtsartikel zum CME-Punktesammeln und eine spannende Kasuistik. Bringen Sie sich auf den aktuellen Stand.