der Titration bis zum Erreichen einer effektiven Dosis (Liraglutid drei Wochen, Insulin war vermutlich bei einem Großteil der Patienten bis zum Ende der Studie nicht ausreichend titriert) wird das tatsächliche Potenzial der Insulintherapie unterschätzt.

Erstaunlich ist aber, dass in der Liraglutidgruppe fünf Ereignisse mit schweren Hypoglykämien auftraten, in der Glaringruppe wurde kein Fall registriert. So ziehe ich meinen Schluss: Eine Liraglutidtherapie sollte, wenn irgend möglich, schon bei deutlich niedrigeren HbA_{1c}-Werten begonnen werden, als das hier in der Studie praktiziert wurde. (Das gleiche gilt natürlich auch für Insulin.) Zudem muss man sich darüber klar sein, dass viele der guten Eigenschaften des GLP-1-

Analogons wie kein zusätzliches Hypoglykämierisiko und die sehr günstige Gewichtsentwicklung in der Kombination mit Sulfonylharnstoffen größtenteils zunichte gemacht werden.

Dr. med. Thorsten Siegmund

Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen
Englschalkinger Str. 77, D-81925 München
thorsten.siegmund@kh-bogenhausen.de

Literatur:

1. Holst JJ. *Diabetes Metab Res Rev* 2002;18:430–41.
2. Holst JJ. *Physiol Rev* 2007;87:1409–39.
3. Nauck MA et al. *Drug News Perspect* 2003;16:413–22.
4. Knudsen LB, Nielsen PF et al. *J Med Chem* 2002;43:1664–9.
5. Elbrønd B et al. *Diabetes Care* 2002; 25:1398–404.
6. Agersø H, Jensen LB et al. *Diabetologia* 2002;45:195–202

Screening auf Typ-1-Diabetes

Noch lohnt sich's nicht für die Routine

Triolo TM, Chase
HP, Barker JM;
DPT-1 Study
Group. Diabetic
subjects diagnosed through the
Diabetes Prevention
Trial-Type 1
(DPT-1) are often
asymptomatic
with normal A_{1c} at
diabetes onset.
Diabetes Care
2009;32(5):
769–73.

Fragestellung: Welche metabolischen Tests und Symptome könnten das frühzeitige Erkennen eines Typ-1-Diabetes (T1D) weiter verbessern?

Hintergrund: Meist sind Patienten bei Erstmanifestation eines T1D symptomatisch, viele haben eine Ketoazidose. Das Screening auf Inselautoantikörper macht es heute möglich, Personen mit hohem Risiko für T1D zu identifizieren. Dies führt dazu, dass die Diagnose bei immer niedrigerem HbA_{1c} gestellt wird und seltener Klinikaufenthalte nötig sind.

Methodik: Während des DPT-1-Trials wurden Verwandte von Patienten mit T1D auf Inselzellautoantikörper (ICA) untersucht. ICA-positive erhielten einen intravenösen und einen OGTT und wurden in eine der beiden Präventionsstudien randomisiert. In der parenteralen und oralen Insulinstudie wurden 246 Personen mit einem T1D diagnostiziert.

Ergebnisse: Von den 246 Personen mit T1D-Diagnose lagen bei 218 Daten zu Symptomen vor. 138 (63,3%) hatten keine diabetestypischen Symptome. Acht (3,67%) hatten eine Ketose. Im Mittel hatten die Personen bei Diagnose einen HbA_{1c} von 6,41 ± 1,15%. Bei Diagnose hatten 90 Patienten (50,8%) einen normalen HbA_{1c} (< 6,2%). Die OGTT-Daten bei Diagnose zeigten, dass 35,4% der Personen einen Nüchtern-BZ von < 100 mg/dl hatten.

Schlussfolgerungen: Die meisten Personen aus der DPT-1-Studie mit neu diagnostiziertem T1D waren asymptomatisch und hatten normale Nüchtern-glukose- und HbA_{1c}-Werte. Diese Daten zeigen, dass ein zwischenzeitliches Screening auf Inselautoantikörper, gefolgt von einem OGTT die Diagnose vor einer Entgleisung ermöglichen. Die HbA_{1c}-Bestimmung hätte bei einem Großteil dieser Kohorte nicht der Diagnosefindung gedient.

Kommentar: Diese Untersuchung legt nahe, dass die meisten (aber nicht alle) Typ-1-Diabetes-Patienten bei Erstmanifestation eine längere Zeit hyperglykämische Werte aufweisen, vor allem nach Glukosebelastung, ohne dass dies klinisch auffällig wäre. Man fragt sich nun, ob ein regelmäßiges Screening bei Personen mit einem hohen Risiko für Typ-1-Diabetes mittels OGTT sinnvoll ist. In einem begleitenden Editorial haben J. Palmer und E. Boyko ausgerechnet, dass etwa 9–20 Personen halbjährlich getestet werden müssen, um eine diabetische Ketoazidose zu verhindern. Wissend,

dass etwa 90% der Typ-1-Diabetes-Fälle spontan, d.h. ohne vorbekanntes Risiko manifest werden, lässt einen anzweifeln, ob so ein Screeningaufwand gerechtfertigt ist. Anders sähe es aus, wenn wir bereits funktionierende Interventionstherapien hätten, die besonders effektiv oder gar kurativ wirkten, würden sie möglichst früh nach der Diagnose eingesetzt. Dann müsste ein generelles Screening auf typ-1-diabetes-assoziierte Antikörper in Betracht gezogen werden, denn dann könnte man größeren Schaden abwenden.

PD Dr. med. Nanette Schloot, Düsseldorf