Häufiger als gedacht

Denken Sie bei jungen, schlanken Patienten auch an MODY-Diabetes

Bei jungen Menschen kann hinter einem vermeintlichen Diabetes Typ 1 auch ein MODY-Diabetes stecken. Betroffene brauchen meist kein Insulin.

Erkranken junge, schlanke Menschen an Diabetes, lohnt es sich, auch seltenere Diabetesformen in Erwägung zu ziehen. Nach Schätzungen leiden 2-5% der Zuckerkranken an „maturity onset diabetes of the young“ (MODY). In Deutschland wäre also von bis zu 300 000 Betroffenen auszugehen, berichtete Dr. Felix Flohr von den ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe beim DGIM-Kongress 2017.

Der Diabetologe hat einen typischen Fall vorgestellt: Eine 18-jährige, schlanke Frau (BMI 21,5) hatte sich 2010 mit sehr hohem Blutzucker vorgestellt. Schon Mutter, Großvater und Urgroßvater waren an Diabetes erkrankt, und sie habe

daher häufiger selbst ihren Blutzucker mit dem Gerät ihrer Mutter gemessen. Ihr HbA_{1c} lag damals bei 9,7%. Sie wurde zunächst mit der Diagnose eines Typ-1-Diabetes auf Insulin eingestellt.

Diabetes-typische Antikörper ließen sich allerdings nicht nachweisen, ein humangenetischer Test ergab eine Mutation im HNF1A-Gen. Das kennzeichnet MODY Typ 3, die mit 60%igem Anteil häufigste MODY-Form. Die Patientin wurde auf eine orale Therapie mit Glimepirid eingestellt und ihr HbA_{1c} sank auf 6,5%. MODY Typ 3 verläuft progredient, es sind Spätschäden möglich und ein weiteres Kennzeichen ist eine renale Glukosurie.

Schleichender Beginn ohne Ketoazidose ist typisch

Generell sollte an MODY gedacht werden bei jungen, schlanken Patienten (unter 25 Jahre) mit positiver Diabetesfamilienanam-

nese, die Antikörper-negativ sind. Typisch ist ein schleichender Beginn der Krankheit, und es gibt keine Ketoazidose.

Wegen häufig milder Verläufe kann die Familienanamnese auch unauffällig sein, weil der Diabetes nicht erkannt wurde. Auch könne die Krankheit erstmals als Gestationsdiabetes durch einen oralen Glukose-Belastungstest auffallen. Zur Therapie werden Sulfonylharnstoffe empfohlen, auch weil es mit anderen Antidiabetika bisher keine Erfahrungen gibt.

Weil sich MODY außer am Pankreas auch an anderen Organen manifestieren kann, ist eine Sonografie des Abdomens zu empfehlen. Etwa jedes dritte Leberadenom geht auf Mutationen im HNF1A-Gen zurück, berichtete Flohr. Betroffen seien fast immer Frauen unter oraler Kontrazeption. Die Adenome hätten ein geringes Einblutungs- und Entartungsrisiko.

eis

DATEN UND FAKTEN

4,95 %

aller Schwangeren in Deutschland waren 2015 an Gestationsdiabetes (GDM) erkrankt: Es gab damit also über 35.000 Betroffene.

Nach der Geburt haben sie ein hohes Risiko für Typ-2-Diabetes: In einer irischen Studie bekam jede vierte Frau mit GDM in der Vorgeschichte binnen 2,6 Jahren Prädiabetes oder Diabetes [1]. Die Mütter müssen daher regelmäßig auf Diabetes untersucht werden. Sie können zudem durch gesunden Lebensstil das Erkrankungsrisiko deutlich senken.

eis

KORA-Studie

Gefährdete unterschätzen Diabetesrisiken

Viele Menschen mit hohem Diabetesrisiko unterschätzen die Krankheitsgefahr, ergab eine Analyse von Daten der KORA-Studie (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) [1]. Ausgewertet wurden hierzu Daten von rund 2000 Personen, die noch keine Diabetesdiagnose hatten. Die Probanden schätzten dabei zunächst ihr Diabetesrisiko ein, dann folgte ein Blutzuckertest. Die Teilnehmer, bei denen sich ein bis dahin unbekannter Diabetes ergab, wurden dann weiter charakterisiert.

Ergebnis: 74% von ihnen hatten das Erkrankungsrisiko zuvor als gering eingeschätzt. Und: Über 70% der Teilnehmer,

die zwar noch keinen Diabetes, aber bereits erhöhte Blutzuckerwerte hatten – also einen Prädiabetes – wählten sich vor dem Test als gesund und ohne Diabetesgefahr.

Das Fazit: Diabetesrisiken wie Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen und familiärer Diabetes werden zu oft ausgeblendet. Die Krankheit wird dadurch zu spät erkannt und damit die Chance vertan, durch gesunden Lebensstil und Arzneien Komplikationen vorzubeugen.

eis

1. PLoS ONE 12(1):e0171152.doi:10.1371/journal.pone.0171152

1. Eur J Endocrinol 2016; 175: 287