ABWENDBARES SCHICKSAL?

Warum Diabetes zwischen arm und reich unterscheidet

— In sozioökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen tritt Diabetes überdurchschnittlich häufig auf. Fast 50% dieser sozialen Differenz können einer prospektiven Kohortenstudie zufolge durch Unterschiede in Lebensstil und Body-Mass-Index (BMI) erklärt werden.

An der Studie hatten sich 7237 anfangs stoffwechselgesunde Personen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren beteiligt. Alle Teilnehmer waren britische Staatsangestellte, deren Status je nach Position als hoch (Verwaltungsbeamte), mittel (z. B. leitende Angestellte) oder niedrig (z. B. Schreibkräfte) definiert wurde.

Während der mittleren Beobachtungszeit von 14 Jahren wurde bei 818 Personen ein

Diabetes diagnostiziert. Die Beamten mit den schlechtesten Positionen hatten ein um 86% höheres Erkrankungsrisiko als Beamte mit Spitzenpositionen. Wenn Lebensstil und BMI bei Studienbeginn verglichen wurden, ließen sich damit 33% der Differenz erklären. Ihr Anteil erhöhte sich auf 45%, wenn mehrere Messungen und die Langzeitexposition gegenüber diesen Faktoren berücksichtigt wurden. Höhere Blutfett- und Blutdruckwerte zu Studienbeginn waren für weitere 8% des Zusatzrisikos der beruflich niedriger gestellten Personen verantwortlich. Am stärksten trug jedoch mit 20% ein hohes BMI zu ihrer Gefährdung bei. Immerhin noch knapp 50% des sozialen Gefälles bei der Diabetesinzidenz lassen

sich durch keinen der untersuchten Parameter erklären. Als weitere Mittler des hohen Diabetesrisikos von sozial schwächeren Personen kommen z. B. psychosoziale oder psychische Beeinträchtigungen, ungenügende Aufklärung oder eine schlechtere medizinische Versorgung infrage. Dafür gibt es jedoch bisher keine Belege.

Die Studie macht auf jeden Fall deutlich, dass das erhöhte Diabetesrisiko von gesellschaftlich unterprivilegierten Gruppen durch einen gesünderen Lebensstil inklusive eines normalen BMI zumindest deutlich reduziert werden könnte. **BS ■**

Stringhini S et al. BMJ 2012; online 21. August; doi: 10.1136/bmj.e5452

NACHSORGE BEI GESTATIONS-DIABETES

Ohne oGTT bleiben viele Diabetikerinnen unerkannt

— Bei 90% der Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes wird direkt nach der Geburt des Kindes wieder ein normaler Blutzucker gemessen. Allerdings entwickeln 35 bis 60% der Frauen innerhalb von zehn Jahren eine Glukosetoleranzstörung. Um dies frühzeitig zu erkennen, ist eine kontinuierliche Nachsorge erforderlich. Von den Fachgesellschaften wird zur Überwachung des Glukosestoffwechsels nach Gestationsdiabetes der orale Glukosetoleranztest (oGTT) als Goldstandard empfohlen. Wissenschaftler der Universität Malaga untersuchten, wie zuverlässig weniger aufwendige Tests bei dieser Indikation sind. Hierzu verglichen sie die Ergebnisse des oGTT mit der Einschätzung auf der Basis von Nüchternblutzucker und HbA_{1c}-Wert bei 231 Frauen, die zuvor einen Gestationsdiabetes entwickelt hatten.

Viele Fehldiagnosen mit Nüchternblutzucker und HbA_{1c}

Nach den Ergebnissen des oGTT zeigten 54,1% der Frauen ein Jahr nach der Entbindung wieder eine normale Glukosetoleranz, bei 39,8% sprachen die Werte für ei-

Gestationsdiabetes bedeutet ein hohes Diabetesrisiko auch nach der Geburt.

nen Prädiabetes und bei 6,1% der jungen Mütter hatte sich bereits ein Diabetes entwickelt. Verglichen mit dem Goldstandard erschienen bei der alleinigen Beurteilung der Stoffwechsellage durch den HbA_{1c} 16% der im oGTT unauffälligen Frauen als auffällig. Andererseits lag bei rund 77% der Frauen mit pathologischem oGTT der HbA_{1c} im Normbereich. Mit der alleinigen Nüchtern-Blutzuckerbestimmung wären rund 17% nicht erkannt worden. Auch eine Kombination der beiden Tests verbesserte

die Diagnosesicherheit nicht. Die Autoren errechneten für den HbA_{1c}-Test im Vergleich zum oGTT eine Sensitivität von 22,6% und einen positiven Vorhersagewert von rund 55%. Für die Bestimmung der Nüchternglukose allein ergab sich eine Sensitivität von 83% und eine Spezifität von 100%. Wurden beide Tests zusammen durchgeführt, brachten sie es auf 83% Sensitivität, und der positive Vorhersagewert erreichte 81,5%.

In ihrer Praxisleitlinie 10/2011 empfiehlt auch die Deutsche Diabetes-Gesellschaft für Frauen mit Gestationsdiabetes eine kontinuierliche Nachsorge. Sechs bis zwölf Wochen nach der Entbindung soll ein 75-g-oGTT durchgeführt werden. Es wird betont, dass weder die primäre Bestimmung des HbA_{1c} noch der Nüchternglukose allein postpartal zur Diagnostik empfohlen werden können. Bei abnormer Nüchternglukose und gestörter Glukosetoleranz soll die Diabetesdiagnostik jährlich, bei normaler Glukosetoleranz alle zwei bis drei Jahre wiederholt werden. **ST ■**

Picón MJ et al. Diabetes Care 2012; 35: 1648-1653; doi: 10.2337/dc11-2111