Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes

Bessere Einstellung dank intensiverer und flexibler Therapie

— In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes hat ein Umdenken eingesetzt. Der Trend geht zu immer intensiveren Therapien: Vier bis sechs Injektionen pro Tag sind inzwischen Standard, 40% der jungen Patienten haben eine Insulinpumpe. Über die häufigeren Injektionen oder per Pumpe lassen sich die physiologischen Verhältnisse besser imitieren, erläuterte Prof. Thomas Danne, Hannover. Dabei werden zunehmend kurz wirkende moderne Insulinanaloga verwendet, in der Insulinpumpe ist ihr Einsatz sogar die Regel.

Der Erfolg: Seit der Einführung des ersten kurz wirkenden Insulins 1996 hat sich die Blutzuckereinstellung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes kontinuierlich gebessert. Um durchschnittlich 0,04 %-Punkte pro Jahr ist der HbA_{1c}-Wert gesunken, wie eine aktuelle Auswertung der Daten deutscher und österreichischer Behandlungszentren belegt.

Das schnelle Anfluten von kurz wirkenden modernen Insulinen wie z. B. Insulin

Flexible Therapie: das ist auch den Eltern von Typ-1-Diabetikern wichtig.

aspart (NovoRapid®) erlaubt es, auch erst zum Essen oder sogar nach dem Essen zu spritzen. Damit kann auf das oft schwer kalkulierbare Verhalten kleinerer Kinder bei körperlicher Aktivität und Nahrungs-

aufnahme besser reagiert werden. In einer Crossover-Studie wurden bei Kleinkindern mit Insulinaspart, das zur Mahlzeit injiziert wurde, ähnliche Blutzuckerprofile erreicht wie mit Humaninsulin, das 30 Minuten vor dem Essen gespritzt wurde. Die Eltern bevorzugten dabei eindeutig das schnell wirkende moderne Insulin.

Als Basalinsulin kann bei Kindern ab einem Alter von zwei Jahren ebenfalls ein Analogon wie Insulindetemir (Levemir®) eingesetzt werden. Die Vorteile sind die gleichen wie bei Erwachsenen: eine niedrigere intraindividuelle Variation der Wirkung, ein günstiger Effekt auf das Körpergewicht und vor allem ein geringeres nächtliches Hypoglykämierisiko als unter NPH-Insulin – ein Aspekt, der für viele Eltern besonders wichtig ist.

■ Sonja Böhm
Quelle: Springer Medizin Verlagsworkshop „Moderne Insuline – von der Kindheit bis ins hohe Alter“, Berlin, November 2012 (unterstützt von Novo Nordisk)

Wichtig für die Studienkonzeption bei neuropathischen Schmerzen

Sensorisches Profil sagt mehr als die Grunderkrankung

— „Im Durchschnitt müsste der Hirsch nun tot sein“, denkt der Jäger, der zweimal links und zweimal rechts an dem Tier vorbeigeschossen hat. Die Absurdität der Schlussfolgerung leuchtet hier ein. Bei der Interpretation von Studienergebnissen ist diese Einsicht aber keineswegs selbstverständlich.

„Wir behandeln Responder und keine Mittelwerte“ betonen die beiden Schmerzexperten Prof. Christoph Maier, Bochum, und Prof. Ralf Baron, Kiel, in einem gemeinsamen Editorial (Schmerz 2012; 26: 5–7). Mittelwert und Number needed to treat (NNT) lassen demnach keine unmittelbaren Schlussfolgerungen auf die Zahl der Patienten zu, die von einer bestimmten Behandlung profitieren.

Die Experten fordern, die Konzeption von Studien viel stärker als bisher an klinisch relevanten Ein- und Ausschlusskrite-

rien zu orientieren. Wo man bisher Patienten je nach Neuropathie Ursache – etwa Diabetes oder HIV – getrennt in Studien einschloss, solle man in Zukunft „mechanismenorientiert“ klinisch forschen. Mit einer sorgfältigen Analyse des sensorischen Profils könne man, so Baron, „tief in die Pathophysiologie des Schmerzes hineinschauen“. Dabei ist meist bereits die klinische Präsentation der Schmerzqualität wegweisend. Darauf beruht auch ein großer Teil des von Baron entwickelten painDETECT-Scores (<http://www.pain-detect.de/schmerzscreening.htm?x116983304=40001333>).

Wer profitiert von Pregabalin?

In randomisierten kontrollierten Studien, die hinsichtlich der Mittelwerte keinen statistisch signifikanten Vorteil von Pregabalin zeigten, sprechen retrospektiven Analy-

sen zufolge einige Subgruppen signifikant häufiger auf Pregabalin an als auf Placebo. Dazu zählten z. B. Patienten, die Zeichen einer zentralen Sensibilisierung aufwiesen, etwa eine deutliche Hyperalgesie gegenüber Pinprick-Reizen. Da die Ursprungsstudien für eine solche Subgruppenanalyse nicht konzipiert waren, erlauben diese Ergebnisse zwar noch keine endgültigen Schlussfolgerungen. Man solle sie aber, so die Experten, unbedingt zum Anlass nehmen, neue Hypothesen zu generieren, um daraus geeignete Einschlusskriterien für weitere randomisierte kontrollierte Studien zu entwickeln.

■ Thomas Bißwanger-Heim
Quelle: Veranstaltung: „Responder und Non-Responder – Was lernen wir aus Studien wirklich?“, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim, Oktober 2012 (Veranstalter: Pfizer)