

„Silent Diabetes Studie“ in Dresden vorgestellt

HbA_{1c} taugt nicht zur Diabetesdiagnose

Neben klinischen Kontroversen gab es in Dresden diesmal auch Neuigkeiten wie die „Silent Diabetes Studie“, in der nachgewiesen werden konnte, dass der HbA_{1c}-Wert zur Erkennung des Typ-2-Diabetes untauglich ist. Goldstandard bleibt danach der Glukosebelastungstest.

In der ehemaligen Residenzstadt August des Starken, selbst an einem Metabolischen Syndrom erkrankt, ist der Diabetes ein wichtiges Thema geblieben. Zusammen mit dem Münchner Institut für Diabetesforschung der Forschergruppe Diabetes am Helmholtzzentrum konnte die Praxisklinik Herz und Gefäße innerhalb von zwei Jahren über 1000 KHK-Patienten untersuchen, die zur Herzkatheteruntersuchung angemeldet waren. Einschlusskriterium: Bisher keine Hinweise auf eine Glukosestoffwechselstörung. Bekannte Diabetiker oder Patienten, die Antidiabetika einnahmen, wurden aus der „Silent Diabetes Studie“ ausgeschlossen. Die 1015 KHK-Patienten im Durchschnittsalter von 68 Jahren wurden einen Tag nach der Koronarangiografie einem standardisierten Zuckerbelastungstest (OGTT) unterzogen, gleichzeitig konnte auch der von der American Diabetes Association (ADA) als Diagnosetest empfohlene, in der übrigen Fachwelt aber durchaus umstrittene HbA_{1c}-Wert ermittelt werden.

oGTT entdeckt „stumme“ Diabetiker, HbA_{1c}-Test versagt

Das Ergebnis war so nicht erwartet worden. Der orale Glukosetoleranztest (oGTT) entdeckte 143 bislang „stumme“ Diabetiker, das waren 14,1% des Studienkollektivs. Einen Prädiabetes (IGT) wiesen 34,5% auf.

Im Vergleich dazu blieb der HbA_{1c}-Test, als Parameter der Diabetes-Verlaufskontrolle unangefochtener Goldstandard, auf der Strecke. Nur 4,1% konnten mit einem Wert von 6,5% und darüber als Diabetiker entlarvt werden. Einen HbA_{1c} zwischen 5,7 und 6,4% wiesen dagegen 37% auf. Das bedeutet: Wer sich wie die Amerikaner auf den HbA_{1c}-Wert zur Diagnose eines Typ-2-Diabetes verlässt, verpasst einen erklecklichen Prozentsatz von 10% an Diabetikern.

Eine weitere Korrelation: Je ausgedehnter und diffuser die Koronarsklerose, desto mehr positive OGTT-Befunde, dieser Zusammenhang fehlte beim HbA_{1c}.

Die Diskussion um die beste Diabetesversorgung, angefacht durch mehrere kontroverse Studien, endete in Dresden mit folgenden Take-home-Messages:

- Typ-2-Diabetiker müssen von Anfang an intensiv behandelt werden, und zwar multimodal, also nicht nur die Hyperglykämie, sondern auch die Hypertonie und Dyslipidämie. Statine, ASS und Metformin gehören zur Basistherapie.
- In späteren Krankheitsstadien ist der Benefit einer scharfen Glukoseeinstellung fraglich, Therapieziel ist ein HbA_{1c} von 7,0–7,5%. Hypoglykämien sollten weitgehend vermieden werden. Eine Therapie nach Schema F wird abgelehnt, die individuelle Versorgung bringt die besten Ergebnisse.
- In ACCORD und ADVANCE traten die meisten Komplikationen in den Gruppen mit



hohen Hypoglykämieraten auf, diese ließen sich aber kaum auf HbA_{1c}-Zielwerte einstellen, sie sprachen also nur unzureichend auf die antidiabetische Therapie an.

Dr. med. Jochen Aumiller

■ 16. Dresdner Symposium „Herz und Gefäße – Innovationen 2010“, 19./20. Nov. 2010

Mehrfäßerkrankungen

Kardiologen und Chirurgen müssen an einen Tisch

Ein Höhepunkt in Dresden war die Erörterung der Grenzfragen zwischen Kardiologen und Herzchirurgen. Konkret ging es um die 3-Jahres-Daten der SYNTAX-Studie, in der die beiden Disziplinen gemeinsam herausfinden wollten, welches Vorgehen bei Mehrgefäßkrankungen einschließlich Hauptstammstenosen von Vorteil ist. Es bleibt dabei: Je schwerer der Befund, desto besser die OP-Resultate, wobei wohl die besten Ergebnisse erzielt werden, wenn gemeinsam beraten wird. Der Herzchirurg H. Reichenspurner, Hamburg, verwies darauf, dass sich nicht nur Kathetertechniken und Stents verbessert haben, sondern auch die operativen Techniken. So wird bei hochgradigen Koronarstenosen inzwischen die Radialis zur Überbrückung herangezogen sowie für Hochrisikopatienten das OPCAB-Verfahren.

Geradezu revolutionär klang Reichenspurners Vorschlag, künftig jeden Patienten mit Hauptstammstenose und Mehrgefäßkrankung interdisziplinär zu diskutieren und den Patienten „ehrlich“ aufzuklären, vor allem auch über die Langzeitprognose. Die Realität sehe heute so aus, dass die Patienten zuerst in die Kardiologie gehen und dort häufig auch bleiben. Dabei sei gemeinsames Handeln das Gebot der Stunde; das betreffe auch die Frage des Aortenklappenersatzes. Das Herz-Team müsse zu einem Markenzeichen für ein Herzzentrum werden; Reichenspurner kritisierte, dass es bereits eine Reihe von Herzzentren gebe, die diesen Namen nicht verdienen: „Ein tatsächliches Herzzentrum muss ein gemeinsames Budget haben sowie interdisziplinäre Einrichtungen wie Intensivstationen, Ambulanzen und Hybrid-Prozeduren anbieten.“

(J.A.)