



## Schwangerschaftsdiabetes

### Häufig reicht Metformin

Gestationsdiabetes mellitus (GDM) kann mit Metformin häufig ebenso effektiv behandelt werden wie mit Insulin, so das Ergebnis einer kürzlich publizierten Metaanalyse.

Mit der sprunghaften Zunahme der Adipositas wird auch der Schwangerschaftsdiabetes immer häufiger. In Europa muss etwa bei 2–5% aller Schwangerschaften mit dieser Komplikation gerechnet werden, berichtete Dr. Robert Fraser aus Sheffield in England beim EASD-Kongress in Lissabon. Gestationsdiabetes darf laut Fraser auch bei milder Ausprägung nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Die Stoffwechselstörung prädestiniert für eine Reihe von Komplikationen sowohl der Mutter als auch des Kindes, z.B. Makrosomie beim Baby, Hypoglykämien unter der Geburt und fetaler Hyperinsulinismus. Mütter mit GDM entbinden öfter per Sectio. Kinder aus solchen Schwangerschaften haben ein erhöhtes Diabetesrisiko später im Leben.

Kann aber die Behandlung des GDM perinatale Komplikationen verhindern? Dazu wurden zwei Studien durchgeführt. Eine gemeinsame Betrachtung beider Studien in einer Metaanalyse zeigt: Die Therapie mindert die Risiken für Makrosomie, Schulterdystokie und Makrosomie. In der Therapie des GDM stehen Diät, körperliche Aktivität und Gewichtsreduktion im Vordergrund. Medikamentös werden Metformin oder Glibenclamid empfohlen, bei Frauen mit Gewichtsproblemen v.a. Metformin. Orale Antidiabetika sind einer Insulintherapie bei Gestationsdiabetes bezüglich Stoffwechselkontrolle oder Verhinderung neonataler Komplikationen durchaus ebenbürtig, so das Ergebnis einer kürzlich publizierten Metaanalyse. Ein systematisches Screening auf GDM lohnt immer dann, wenn das individuelle Risiko größer als 4,2% ist, so Fraser. Liegt das Risiko im Bereich zwischen 1% und 4,2%, ist ein Vorgehen kosteneffektiv, bei dem die Nüchtern glukose bestimmt wird und nur bei auffälligen Werten ein oraler Glukosetoleranztest erfolgt. Liegt das individuelle Risiko unter 1%, ist kein Screening sinnvoll. **de**

Weitere Beiträge vom EASD-Kongress ab S. 56

## Kurz notiert

### HbA<sub>1c</sub> und Herzschwäche: Es gibt Verknüpfungen

Hohe HbA<sub>1c</sub>-Werte sind bekanntlich Zeichen einer schlechten Stoffwechseleinstellung bei Typ-2-Diabetikern. Sie sind offenbar auch mit einem erhöhten Risiko für Klinikeinweisungen wegen Herzinsuffizienz assoziiert. Für die Verknüpfung von HbA<sub>1c</sub>-Wert und Herzinsuffizienz sprechen die Ergebnisse einer Analyse des schwedischen DiabetesRegisters, die beim europäischen Diabeteskongress in Lissabon vorgestellt wurde. Einbezogen waren Daten von 83 021 Typ-2-Diabetikern, die zwischen 1998 und 2003 in dem Register erfasst worden waren. Die Daten wurden mit jenen eines anderen Registers verknüpft, das Informationen zu Klinikentlassungen von Patienten speichert. Der Beobachtungszeitraum im Schnitt 7,2 Jahre. In dieser Zeit kamen 13,2% aller Diabetiker mit der Diagnose Herzinsuffizienz zur stationären Behandlung in eine Klinik. Allerdings variierte das Risiko in Abhängigkeit von der Höhe des HbA<sub>1c</sub>: Mit jeder Erhöhung um einen Prozentpunkt stieg auch das relative Risiko für Klinikeinweisungen wegen Herzinsuffizienz um 12%. Allerdings war die Risikohöherung bei Patienten mit HbA<sub>1c</sub>-Werten zwischen 6 und 7% sowie von 7 bis 8% nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse legen nahe, dass sich mit intensiver blutzuckersenkender Therapie bei Typ-2-Diabetikern Klinikeinweisungen wegen Herzinsuffizienz verhindern lassen könnten. Prospektive kontrollierte Studien hierzu gibt es aber nicht. **ob**

### Typ-2-Diabetes: Immer häufiger bei Jugendlichen

Ein Typ-2-Diabetes bei Kindern keine Seltenheit mehr. Bei dicken Kindern kann die Unterscheidung zwischen Typ-1 und Typ-2 schwierig sein. Diabetes im Kindesalter wird immer häufiger – und zwar sowohl der Typ-1 als auch der Typ-2-Diabetes. Die Unterscheidung gelingt häufig erst durch eine Bestimmung der Autoantikörper und ist wichtig aufgrund der therapeutischen Konsequenzen: Der Typ-1-Diabetes ist immer insulinpflichtig. In den USA hat sich die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter in den letzten 10 Jahren verzehnfacht, erklärte Professorin Silva Arslanian, Pittsburgh. 3700 Fälle werden jährlich diagnostiziert. Die Inzidenz beträgt 10,5/100 000. Risikofaktoren sind Adipositas, ethnische Zugehörigkeit zu einer Minderheit wie Indianer, Farbige oder Hispanics, eine positive Familienanamnese für Typ-2-Diabetes, Pubertät und weibliches Geschlecht. Auch beim Syndrom der polyzystischen Ovarien oder bei Acanthosis nigrans ist das Typ-2-Diabetes-Risiko im Jugendalter erhöht. In Europa ist das Problem noch deutlich seltener, wenngleich ebenfalls ansteigend. Nur bei 0,16% bis 7% aller Diabetiker im Kindes- und Jugendalter liegt ein Typ-2-Diabetes vor. In den USA ist dies bei 8–45% der Patienten der Fall. Die Behandlung des Typ-2-Diabetes im Kindesalter kann problematisch sein, weil viele Medikamente nicht zugelassen sind. Die Basistherapie besteht aus Metformin, zusammen mit Lebensstilmodifikationen, Sport und Ernährungsumstellung.

### Heidelberger Forscherin erhält Preis der EASD

Spätfolgen einer Diabeteserkrankung, wie Nerven-, Nieren- oder Herz-Kreislaufschäden, lassen sich nur zum Teil durch einen gestörten Blutzuckerspiegel erklären. Auch aggressive Stoffwechselverbindungen wie reaktive Carbonylverbindungen und insbesondere Methylglyoxal (MG), die sich im Körper ansammeln, tragen dazu bei und eignen sich als potenzielle Angriffspunkte für neue Therapieansätze. Für diese wegweisenden Forschungsarbeiten ist Professorin Dr. Angelika Bierhaus von der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg am 13. September in Lissabon mit dem Camillo-Golgi-Preis 2011 der Europäischen Gesellschaft für Diabetesforschung (European Association for the Study of Diabetes, EASD) ausgezeichnet worden. **ob**

Quellen (3): Jahreskongress der European Association for the Study of Diabetes, Lissabon, September 2011