»Die Diabetologie ist ein anspruchsvolles Querschnittsfach

Diabetologe 2022 · 18:1–3
<https://doi.org/10.1007/s11428-021-00845-6>
Angenommen: 30. November 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Behandlung spezieller Diabetesformen

Jörg Bojunga

Medizinische Klinik 1, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Deutschland

Autor

Prof. Dr. Jörg Bojunga

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Wenn von Diabetes mellitus als einer der großen Volkskrankungen gesprochen wird, denken viele ganz unweigerlich an die typischen Ursachen und Erscheinungsformen in einer Wohlstandsgesellschaft: Adipositas, falsche Ernährung, Bewegungsmangel. Auch bei der Therapie steht neben Allgemeinmaßnahmen die Behandlung mit Antidiabetika zur Verbesserung nicht nur des Blutzuckerspiegels, sondern auch insbesondere renaler und kardiovaskulärer Komorbiditäten ganz im Vordergrund. Und zu Recht: Die Studien mit kardiovaskulären und renalen Endpunkten der letzten Jahre führten zweifellos auch in diesem Bereich zu einem Paradigmenwechsel der Therapiekonzepte und verwendeten Substanzen.

Die vorliegende Ausgabe des *Diabetologen* widmet sich einem ganz anderen Thema, das im Alltag zwar seltener auftritt, im Einzelfall jedoch besondere Herausforderungen birgt: der Behandlung spezieller Diabetesformen. Dabei liegen diese Herausforderungen oft auf mehreren Ebenen: Zum einen bestehen sie darin, an andere als die klassischen Ursachen des Diabetes

zu denken und die entsprechende Diagnostik durchzuführen, aber auch darin, die Therapie nicht nur des Diabetes, sondern auch der damit verbundenen Komorbiditäten zu koordinieren und zusammenzuführen. Dies zeigt, wie sehr die Diabetologie ein anspruchsvolles Querschnittsfach mit mehr als kardiologischen, nephrologischen und neurologischen Aspekten ist. Und für die Patientinnen und Patienten stellt sich die Frage: Wer steuert eigentlich meine gesamte Therapie, wer behandelt mich ganzheitlich. Und diese Aufgabe wird primär ganz häufig der Diabetologin und dem Diabetologen zukommen.

Nanette Schloot und Klaus Badenhop, mit dem ich lange Jahre hier in Frankfurt zusammengearbeitet habe, widmen sich dem Thema Typ-1-Diabetes im Rahmen polyglandulärer Autoimmunsyndrome. Hinter diesen weiteren Autoimmunerkrankungen verbergen sich bekanntlich zahlreiche Krankheiten mit ganz unterschiedlicher Inzidenz, angefangen von den autoimmunen Schilddrüsenerkrankungen, die diagnostisch und therapeutisch meist weniger Schwierig-

keiten bereiten, über die atrophe Gastritis bis hin zur Zöliakie und dem M. Addison. Hier ist die Kenntnis der klinischen Bilder und der entsprechenden Autoantikörperdiagnostik ganz entscheidend, auch zur Prädiktion bisher noch nicht manifester Erkrankungen. Zudem besteht bekanntlich eine enge wechselseitige Beziehung zwischen der Therapie der Autoimmunerkrankungen – z. B. Hydrokortisontherapie bei M. Addison, L-T4 (L-Thyroxin) bei chronischer Autoimmunthyreoiditis oder auch glutenfreie Ernährung bei Zöliakie – und der Güte der Diabeteseinstellung. Vor allem die Zöliakie – ein Krankheitsbild aus der Gastroenterologie – scheint mir hier ganz wichtig: Wird auf der einen Seite glutenfreie Ernährung – zu Unrecht – inzwischen in Teilen der Öffentlichkeit ganz allgemein als gesundheitsfördernd beworben, wird doch nach wie vor bei nicht wenigen Menschen eine Zöliakie übersehen, gerade weil sie ein wahres klinisches Chamäleon ist. Die Bestimmung von Transglutaminaseantikörpern bei Menschen mit Typ-1-Diabetes ist daher heute auch ganz ohne Beschwerden in gewissen Abständen obligat.

» Die Karzinominzidenz ist bei Typ-2-Diabetes erhöht

Ein nicht weniger wichtiges Krankheitsbild aus der Gastroenterologie ist die chronische Pankreatitis, mit der sich *Kai Peiffer* und *Johannes Masseli* beschäftigen. Bis zu 80% der Patientinnen und Patienten mit chronischer Pankreatitis – die auch schmerzlos verlaufen kann und dann nur in der Bildgebung entdeckt wird – entwickeln im Laufe dieser Erkrankung einen Diabetes mellitus. Hier wird die Interdisziplinarität besonders sichtbar: Liegt ein pankreopriver Diabetes bei chronischer Pankreatitis vor, wird die Therapie komplexer und herausfordernder. Nur eine optimale Abstimmung der Therapie sowohl der exokrinen als auch der endokrinen Insuffizienz gewährleistet eine optimale Behandlung. Dabei ist die Diabetestherapie häufiger aufgrund der starken Blutzuckerschwankungen im Sinne eines Brittle-Diabetes erschwert. Und nicht zuletzt ist das Risiko eines Adenokarzinoms der Bauchspeicheldrüse bei chronischer Pankreatitis erhöht

und stellt diagnostisch oft eine Herausforderung dar.

Dem Thema der erhöhten Karzinominzidenz bei Typ-2-Diabetes wird daher auch ein eigener Artikel von *Christoph Steup*, *Fabian Finkelmeier* und *Jörg Trojan* gewidmet. Neben den pathophysiologischen Grundlagen werden v. a. die Fragen beleuchtet, wie Karzinome bei Typ-2-Diabetes verhindert werden könnten und welche Diagnostik sinnvoll ist, um diese frühzeitig zu entdecken. Dabei wird klar: Ganz besonders wichtig ist, die bestehenden Möglichkeiten der Tumorfürherkennung z. B. durch eine Vorsorgekoloskopie konsequent für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) zu nutzen – die Frage nach der Vorsorgekoloskopie bei Männern ab 50 und Frauen ab 55 Jahren sollte fester Bestandteil der Diabetesanamnese sein. Auch beim Pankreaskarzinom, für das es bisher kein Früherkennungsprogramm gibt, zeigt sich die Relevanz des Diabetes: Diese Entität ist nicht nur bei T2DM häufiger, ein neu aufgetretener Diabetes kann auch das erste Symptom eines Pankreaskarzinoms sein. Vor allem, wenn es vor der Diagnose eines T2DM zu einem ungewollten Gewichtsverlust gekommen ist, sollte an ein Pankreaskarzinom gedacht und die entsprechende Diagnostik initiiert werden.

Auch die nichtalkoholische Fettleber, NAFLD, ist bei T2DM deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Früher oft als Kavaliärsdelikt angesehen, weiß man heute: Als Folge der NAFLD sind sowohl das hepatozelluläre Karzinom – eine der Karzinomentitäten mit der höchsten Zuwachsrates in westlichen Ländern – als auch chronische Lebererkrankungen bis hin zur Zirrhose bei Menschen mit T2DM deutlich häufiger. Im Jahre 2016 waren in den USA erstmals mehr Menschen mit NAFLD auf der Warteliste zu einer Lebertransplantation als aufgrund anderer Erkrankungen wie z. B. viraler Hepatitiden. Da ein relevanter Teil der Menschen mit chronischer Lebererkrankung auch an einem T2DM leidet, widmet sich der Artikel von *Mireen Friedrich-Rust* und mir der Behandlung des Diabetes bei chronischen Lebererkrankungen. Eine der Herausforderungen dabei ist, dass viele Medikamente bei chronischen Lebererkrankungen nicht zugelassen sind oder ihre Wirksamkeit verändert ist. Neben die-

sem Aspekt wird jedoch noch ein weiterer Punkt beleuchtet: Seit vielen Jahren wird an Medikamenten geforscht, die das Fortschreiten einer NAFLD hin zu höhergradigen Lebererkrankungen verhindern können – bisher ohne durchschlagenden Erfolg; kein einziges Medikament zeigte hierfür eine ausreichende Wirkung und erhielt eine Zulassung. In den Studien der letzten Jahre wurde aber bemerkenswerterweise nachgewiesen, dass offenbar Antidiabetika wie GLP-1-RA (Rezeptoragonisten des „glucagon-like peptide-1“) oder SGLT-2-Inhibitoren (SGLT-2: „sodium glucose linked transporter 2“) einen günstigen Effekt auf chronische Lebererkrankungen haben können. Der gezielte Einsatz von speziellen Antidiabetika scheint also bei NAFLD einen substanzspezifischen günstigen Effekt zu haben.

Nicht zuletzt widmet sich die Arbeit von *J. Masseli*, *C. Hügel*, *C. U. Rohde* und *C. Smaczny* dem Diabetes bei Mukoviszidose. Durch eine optimierte Therapie konnten die Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit zystischer Fibrose in den letzten Jahrzehnten ganz erheblich gesteigert werden. Ein Diabetes ist dabei allerdings nicht nur eine häufige Komorbidität, er weist auch zahlreiche diagnostische und therapeutische Besonderheiten auf. Hier spielt die Insulintherapie eine herausragende Rolle, auch wegen der – bei adipösen Menschen mit T2DM eher nicht gewünschten – anabolen Effekte. Die Therapie eines Diabetes bei Mukoviszidose erfordert daher eine enge Zusammenarbeit zwischen Pneumologie und Diabetologie. Ganz wichtig ist heute zudem, die Indikation und die Effekte von CFTR-Modulatoren (CFTR: „cystic fibrosis transmembrane conductance regulator“), einer kausalen Therapie, zu kennen, die sich auch auf den Glukosestoffwechsel auswirken kann. Da diese Therapie relativ neu ist, werden die meisten Diabetologinnen und Diabetologen mit dieser Behandlung während ihrer ärztlichen Ausbildung nur wenig oder auch noch gar nicht in Berührung gekommen sein. Auch dieser Aspekt wird daher in dieser Arbeit beleuchtet.

Besonders freue ich mich, dass die Themen dieser Ausgabe von Kolleginnen und Kollegen bearbeitet wurden, mit denen ich auch in der täglichen Praxis auf sehr geschätzte Weise zusammenarbeite mit dem

Ziel, die Diagnostik und Behandlung auch spezieller Diabetesformen immer weiter zu verbessern und möglichst optimale Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten zu erzielen. Für Sie als Leserin und Leser wünsche ich, dass die Artikel auch für Sie neue und praxisrelevante Informationen enthalten und Ihre Arbeit bei der Behandlung von Menschen mit speziellen Diabetesformen bereichern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jörg Bojunga

Medizinische Klinik 1, Klinikum der Johann
Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main,
Deutschland
joerg.bojunga@kgu.de

Interessenkonflikt. J. Bojunga gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dank an die Gutachter*innen

Für die Qualität und Objektivität der Beiträge sind neben den engagierten Autorinnen und Autoren auch die vielen qualifizierten Gutachterinnen und Gutachter maßgeblich, die im Rahmen des Peer-Review-Prozesses die Manuskripte inhaltlich-wissenschaftlich prüfen und Empfehlungen zur konkreten Verbesserung äußern. Allen Gutachterinnen und Gutachtern, die im vergangenen Jahr Manuskripte für diese Zeitschrift begutachtet haben, danken wir herzlich für die konstruktive und gewissenhafte Arbeit.

Die Redaktion

danke!

© treenabeena / stock.adobe.com