



Akute Hyperglykämie

Was steckt dahinter? -- Autorin: I. Freibothe

Ein 46-jähriger Patient wird uns akut durch die Hausärztin vorgestellt. In deren Praxis, in der sich der Patient erstmals vorgestellt hatte, war ein auffälliger HbA_{1c} von 12% festgestellt worden.

Es stellt sich bei uns ein leicht übergewichtiger Patient (BMI 27 kg/m²) vor. Seit ca. 10 Monaten habe er Müdigkeit, Polydipsie und Polyurie bemerkt und sich deshalb ein Blutzucker(BZ)-Messgerät gekauft (BZ-Werte von ca. 500 mg/dl). Daraufhin habe er die Ernährung umgestellt und ca. 14 kg Gewicht verloren. Keine Medikamente, Nikotin ca. 7 Zigaretten/Woche, Mutter mit Typ-2-Diabetes.

Erstmaßnahmen und weitere Diagnostik

Die Erhebung der Vitalparameter zeigt einen Blutdruck von 136/96 mmHg und eine Herzfrequenz von 99/min. Laborchemisch liegt der BZ bei 368 mg/dl, zudem Glukosurie, keine Ketonurie nachweisbar. TSH, Kreatinin, Transaminasen, LDL, C-Peptid und GAD/IA-2/Zn-T8-AK werden abgenommen sowie der Urin auf Albumin hin untersucht.

Ursachen einer Hyperglykämie

Eine Hyperglykämie kann einerseits auf einen manifesten Diabetes mellitus (DM) Typ 1 bzw. Typ 2 hinweisen, andererseits kann eine „Stress-Hyperglykämie“ bei akuter schwerer Erkrankung vorliegen.

Differenzialdiagnostische Überlegungen bei bisher nicht bekannter diabetischer Stoffwechsellaage:

- Neumanifestation eines DM Typ 1/LADA

- Neumanifestation eines DM Typ 2
- Glukokortikoid-Einnahme, klinische Zeichen des Hyperkortisolismus
- Klinische Zeichen der Akromegalie
- Klinische Zeichen der Hyperthyreose
- Mögliche Immuncheckpoint-Inhibitor-Therapie
- Erkrankungen des Pankreas (Pankreaskarzinom, Pankreatitis etc.)

Differenzialdiagnostische Überlegungen bei bekannter diabetischer Stoffwechsellaage:

- Falsche bzw. Nicht-Einnahme der Antidiabetika
- Zu niedrige Insulindosis bzw. weggelassen/vergessen
- Fehler im Umgang mit dem Insulinpen (seltener/kein Pen-Nadelwechsel, kein konsequenter Wechsel der Insulinspritzstellen → Lipodystrophie)
- Fehlerhafte/falsche Insulinlagerung
- Stress
- Fieberhafte Infekte
- Zu wenig Bewegung und/oder Gewichtszunahme
- Verstopfter Insulinkatheter, defekte Insulinpumpe
- Fehlerbehaftete BZ-Messung/defektes Messgerät
- Zu viel und/oder falsches Essen (Weißmehlprodukte, zuckerhaltige Getränke, Süßigkeiten)

Therapie bei Neudiagnose eines DM Typ 2

Die Behandlung sollte entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie „Typ-2-Diabetes“ erfolgen (2. Auflage, Version 1 von 2021 [1]). Unter Berücksichtigung individueller Therapieziele, der Abschätzung des kardiovaskulären Risikoprofiles und der nicht-medikamentösen Basistherapie erfolgt dann die Therapieintensivierung. Metformin stellt weiter die Erstlinientherapie dar und kann bereits initial oder im weiteren Verlauf mit einem SGLT-2-Inhibitor oder GLP-1-Analogon kombiniert werden. ■

Literatur

als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/mmw

Title:

Acute hyperglycemia

Autorin:

Dr. med. Ines Freibothe

Medizinische Klinik und Poliklinik IV, Klinikum der Universität München, LMU, Campus Innenstadt Ziemssenstraße 5, D-80336 München ines.freibothe@med.uni-muenchen.de

Kasuistik – wie ging es weiter?

Es wird eine Ernährungsberatung durchgeführt und umgehend eine Therapie mit Metformin eingeleitet. Die weitere Labordiagnostik ist unauffällig. Bei Wiedervorstellung nach einem Monat sind die BZ-Werte mit > 280 mg/dl weiterhin deutlich erhöht. Zur Therapieintensivierung wird ein GLP-1 Analogon eingesetzt.