

# Am Labor gespart

## Fallbericht mit glimpflichem Ausgang

Ein 75-jähriger Patient rief den Notdienst wegen Obstipation. Vorgefunden wurde er in reduziertem Allgemeinzustand, etwas verwirrt und ziemlich verwahrlost. Am Ende stand eine relativ seltene Diagnose, die man früher hätte stellen können.

Metformin habe auch über die blutzuckersenkende Wirkung hinaus pleiotrope Effekte, z. B. auf das Mikrobiom oder auf endokrine Zellen des Gastrointestinaltrakts. Außerdem könne der Effekt anderer blutzuckersenkender Medikamente durch Metformin verstärkt werden, z. B. durch Stimulation der endogenen GLP-1-Freisetzung. Für Gallwitz sind dies Argumente genug, an Metformin als Erstlinientherapie festzuhalten.

## Contra Metformin

Für Prof. Nikolaus Marx vom Universitätsklinikum Aachen dagegen hat Metformin als Erstlinientherapie ausgedient. Aus den positiven Ergebnissen der kleinen Subgruppe übergewichtiger, nicht kardiovaskulär vorerkrankter Patienten in der UKPDS-Studie lässt sich keine Erstlinienempfehlung für alle Patienten mit Typ-2-Diabetes ableiten, sagt der Kardiologe.

Eine Cochrane-Analyse von 2020 kommt zu der Schlussfolgerung, dass es keinen klaren Hinweis darauf gibt, dass eine Metformin-Monotherapie im Vergleich zu keiner Therapie, Lebensstilmodifikation oder anderen Medikamenten wichtige Endpunkte beeinflusst.

Dass alle Patienten in den Endpunktstudien mit den modernen Substanzen auch Metformin erhalten haben, sieht Marx nicht als Argument gegen eine Monotherapie mit diesen Medikamenten an. Vielmehr müsse man analysieren, ob Metformin in diesen Studien Endpunkte beeinflusst hat. Dies war z. B. in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie mit dem SGLT-2-Hemmer Empagliflozin gar nicht der Fall: Zwischen Patienten, die Metformin erhielten und denen, die es nicht bekamen, gab es keinen Unterschied in der Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz und hinsichtlich kardiovaskulärer Mortalität. Doch der Nutzen in renovaskulären Endpunkten war in der Metformin-Gruppe geringer. Ein ähnliches Bild ergaben Studien mit anderen Substanzen.

„Daraus können wir nur schließen, dass es völlig egal ist, ob man Metformin mit an Bord hat oder nicht“, so Marx. Es hinzuzunehmen, bürde dem Patienten eine Tablette mehr pro Tag sowie Nebenwirkungen auf. Das größte Problem der heutigen Diabetes-Therapie sei, dass nur ein kleiner Teil der Diabetes-Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko diese modernen Substanzen mit erwiesenem kardiovaskulären Nutzen bekommt. „Solange wir das nicht besser hinkriegen, müssen wir über Metformin gar nicht mehr diskutieren. Wie Marx schloss, sollte Metformin nicht mehr Firstline-Medikament für alle Patienten mit Typ-2-Diabetes sein. ■

Prof. Alexander Rosenkranz, Graz, stellte diesen Fallbericht auf dem Internistenkongress vor. Die Notärztin bemerkte bei dem Mann eine Gangunsicherheit, leichte Halbseitensymptomatik sowie eine Fazialisparese links und brachte ihn deshalb ins Krankenhaus. Dort landete er auf der Stroke Unit.

Der Neurologe ordnete eine Rehydrierung an, danach war der neurologische Status unauffällig. Die CCT- und MR-Diagnostik ergab keinen Hinweis auf eine zerebrale Blutung oder Diffusionsstörung. Das Thoraxröntgen war unauffällig, die abdominale Bildgebung bestätigte durch ein stuhl- und gasgefülltes Kolon die Obstipation.

Das Aufnahmelabor zeigte wenig Auffälligkeiten, allerdings war die Nierenfunktion mit einem Kreatinin von 1,5 mg/dl eingeschränkt, und es bestand eine Hypokaliämie. Der Kalziumwert ging mit 2,19 mmol/L als normal durch. Der Mann wurde auf die Innere verlegt, sein Allgemeinzustand blieb weiter reduziert. Festgestellt wurde nun ein Harnwegsinfekt, der Ursache des Nierenversagens wurde nicht nachgegangen. Am Morgen der geplanten Entlassung berichtete das Pflegepersonal, dass der Patient vor dem Waschbecken sitze und nicht wisse, was er dort machen soll – die Ärzte behielten den Patienten in der Klinik.

Im erneuten Laborbefund fiel auf, dass das Kreatinin weiter auf 1,9 mg/dl angestiegen war, der Kalziumwert betrug jetzt plötzlich 4,37 mmol/L. Beim Vergleich mit dem Aufnahmelabor in der Neurologie fiel auf, dass dort nur das ionisierte Kalzium angegeben war, das jedoch einem doppelt so hohen Gesamtkalzium entspricht. Es bestand also bereits bei Aufnahme eine deutliche Hyperkalzämie, die wegen des scheinbar normalen Messwerts unmerkelt blieb. Die Hyperkalzämie war auch die Ursache der Niereninsuffizienz und der Dehydratation – der Patient hatte einen primären Hyperparathyreoidismus.

Eine intensive Hämodialysetherapie und eine akute Parathyreoidektomie konnten die Niere und den Patienten doch noch retten. Wenn man in der Neurologie nicht am Labor gespart hätte, wäre die Diagnose sicher schon früher gestellt worden. A. Bischoff ■



Der Experte

Prof. Dr. med.  
Nikolaus Marx

Direktor der Medizinischen Klinik I für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin am Universitätsklinikum Aachen