

Erfolge mit Magenverkleinerungen oder –umleitungen

Diabetestherapie mit dem Skalpell

Noch vor kurzem wunderten sich die Diabetologen, wenn ihnen die chirurgischen Kollegen von Diabetes-Heilungen nach einer Magenverkleinerung berichteten. Inzwischen hat sich die bariatrische Chirurgie als große Chance für schwer übergewichtige Typ-2-Diabetiker etabliert.

■ Bereits jeder fünfte Erwachsene in Deutschland ist gemäß der Nationalen Verzehrsstudie stark übergewichtig. Gut eine Million ist mit einem BMI > 40 sogar schwer adipös. Viele davon leiden auch unter T2D. Wenn Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapien auf die Dauer erfolglos bleiben, sollten erfahrene Chirurgen zu Rate gezogen werden. Denn bei vielen Patienten dieser Gruppe verbessert sich nach der OP auch die Stoffwechsellage, sodass sie zunächst keine Insulintherapie mehr benötigen. Ob dieser Effekt von Dauer ist und die bariatrische Chirurgie bei Menschen mit T2D auch eine Therapieoption gegen die Stoffwechseler-

krankung an sich sein könnte, wird noch kontrovers diskutiert. Einen kritischen Überblick hierzu gab Prof. Tobias Lohmann, vom Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt.

Magenband schneidet schlechter ab

„Die bariatrische Chirurgie ist bei Patienten mit einem BMI höher als 35 kg/m² die unter T2D leiden eine evidenzbasierte und weltweit anerkannte Therapie zur anhaltenden und deutlichen Gewichtsreduktion. Von den Therapieverfahren scheinen sich der Schlauchmagen und der Magenbypass gegenüber dem Magenband aufgrund größerer Effektivität durchzusetzen.“ Betroffene verspüren nach einem solchen Eingriff weniger Hunger und verlieren Gewicht.

Zudem scheinen die Symptome eines T2D bei Operierten zu verschwinden, wie Lohmann erläutert: „Nach einer solchen OP kommt es bei etwa 80% der Patienten zu einer Remission des T2D.“ Ob diese Lebenslang anhält, könne noch nicht gesagt werden. Auch sei der Mechanismus dieses Ef-

fekts noch nicht endgültig aufgeklärt. Somit ist derzeit noch nicht abzusehen, ob operierte Diabetes-Patienten langfristig besser, komplikationsärmer und länger leben. Abgesehen vom Risiko eines solchen Eingriffs birgt die Operation auch beträchtliche mögliche Nebenwirkungen wie Vitaminmangel, Unterzuckerungen, bis hin zu Depressionen mit erhöhter Suizidrate. „Voraussetzung für eine erfolgreiche Operation ist die sorgfältige Auswahl der Patienten und die lebenslange Nachbetreuung“, betont Lohmann.

Daher sollten solche Operationen nur in interdisziplinären Zentren mit entsprechender Erfahrung erfolgen. Dort arbeiten Chirurgen, Internisten, Diabetologen, Psychologen und Ernährungsberater zusammen und die Patienten werden in Registern erfasst und entsprechend nachuntersucht.

Jochen Aumiller ■

■ **Quelle:** 47. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), 16.–19. Mai 2012 in Stuttgart

Heterogene Population

Was bei Diabetikern das Sterberisiko erhöht

Eine neue Metaanalyse kommt zu dem Ergebnis: Vor allem eine bestehende Nierenerkrankung ist ein starker Prädiktor für ein hohes Sterberisiko bei Patienten mit Typ-2-Diabetes.

■ Die Entwicklung eines T2D geht bekanntlich mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einher, vor allem bedingt durch eine Zunahme von kardiovaskulären Erkrankungen als häufigste Todesursache.

Keine homogene Population

Allerdings sind Typ-2-Diabetiker keine homogene Population: Je nachdem, welche zusätzlichen Risikofaktoren oder Begleiterkrankungen zum Diabetes hinzukommen, variiert auch das Sterberisiko. Was sind die Begleitrisiken, die bei Diabetikern die Mortalitätsrate in die Höhe treiben? Eine Arbeitsgruppe um

Marc Pfeffer, Boston, ist dieser Frage in einer Analyse von randomisierten kontrollierten klinischen Studien nachgegangen.

Die Forscher haben die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien ins Verhältnis zur beobachteten Mortalitätsrate gesetzt. Insgesamt 22 Studien mit 91 842 Patienten, von den 6837 im Studienzeitraum starben, bildeten die Basis der Analyse. Ermittelt wurde jeweils die jährliche Gesamtsterberate in Abhängigkeit von den Einschlusskriterien.

Hohe Schwankungsbreite

Ergebnis: Die Schwankungsbreite bei der Mortalität war sehr hoch und bewegte sich zwischen 0,28 und 8,24% pro Jahr. Diabetiker in den Studien mit der relativ höchsten Mortalität waren im Vergleich zu jenen in Studien mit der niedrigsten Sterberate im Schnitt älter (64 vs. 59 Jahre), hatten eine längere

Diabetesdauer (15 vs. 7 Jahre), höhere systolische Blutdruckwerte (145 vs. 136 mmHg) und höhere Serumkreatinin-Werte (1,8 vs. 0,9 mg/dl) und eine sehr hohe Prävalenz für eine Proteinurie (100 vs. 9%).

Wann höchste Mortalitätsraten ?

Am höchsten war das Sterberisiko in jenen Studien, für die Patienten mit Diabetes nach dem Einschlusskriterium einer bestehenden Nierenschädigung (erhöhtes Serumkreatinin, niedrige GRF und/ oder Proteinurie) selektiert wurde. Die Mortalitätsraten lagen hier bei 5,9 bis 8,2% pro Jahr. In Studien, in denen nicht auf Nierenerkrankungen selektiert wurde, betrug die Mortalität maximal 3,3% pro Jahr.

Peter Overbeck ■

■ **Quelle:** Barkoudan E, et al. J Am Heart Assoc 2012;1:8-1