

Diabetes mellitus – the burden of the future



Dr. Lucas Kleemann

Die Atherosklerose ist der häufigste Grund für kardiovaskuläre Erkrankungen, im Speziellen der KHK, der zerebrovasculären Erkrankungen sowie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). Immerhin ist jeder zweite Todesfall auf sie zurückzuführen. Daher gilt es, die Patienten mit dem höchsten Risiko rechtzeitig zu erkennen und einer Vorsorge beziehungsweise einem Check-up zuzuführen.

Der klassische Patient der heutigen Zeit und natürlich in weiterer Folge auch der Zukunft ist der Patient mit metabolischem Syndrom (Adipositas mit mangelnder Bewegung, Raucher, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Diabetes mellitus). Die Übergewichtigen nehmen jährlich zu und auch die Fettleibigkeit der Kinder hat in der letzten Zeit deutlich und rasant zugenommen.

Würde bei jedem Österreicher einmal jährlich die Vorsorgeuntersuchung stattfinden, könnten wir diese Patienten gezielt über ihr hohes kardiovaskuläres Risiko aufklären und wenn nötig schon präventiv therapieren.

Diabetes mellitus

Uns steht derzeit eine breite Palette gut evaluierter Substanzen (Metformin, Acarbose, Sulfonylharnstoffe, Glitazone, Inkretine, Gliptine und Glinide und natürlich Insulin) in der Therapie zur Verfügung.

Trotz aller Euphorie konnten sich nicht alle Medikamente gut etablieren und müssen noch mit Vorsicht und genauer Indikationsstellung verordnet werden.

Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Thiazolidindione = Glitazone. Die beiden derzeit sich am Markt befindlichen Präparate, Rosiglitazon und Pioglitazon, sind in der letzten Zeit durch einige Nebenwirkungen in die negativen Schlagzeilen geraten. Hierbei scheint Rosiglitazon die schlechteren Karten zu besitzen – Frakturrisiko, Herzinsuffizienz und erhöhte Myokardinfarktrate haben der Verschreibbarkeit des Präparates ein Ende gesetzt und es wurde vom Markt genommen (siehe ADOPT-Studie und Metaanalyse von Prof. Dr. Nissen im NEJM 2007). Bezüglich der erhöhten Myokardinfarktrate bei Pioglitazon gibt es eine Analyse mit einer signifikanten Reduktion (PROactive-Studie).

Die Herzinsuffizienz ist sicherlich beim diabetischen Herz, welches durch mehrere Faktoren (Mikroangiopathie, diastolische Funktionsstörung etc.) in Mitleidenschaft gezogen wird, ein relevantes Thema. Daher sollte der Einsatz des sich noch am Markt befindlichen Glitazons unter genauer klinischer Kontrolle und strenger Indikationsstellung erfolgen.

Was über die ganz neuen Substanzen aus der Gruppe der Gliptine (DPP-4-Inhibitor) und der Inkretine berichtet wird, klingt weiterhin sehr vielversprechend: ausreichende BZ-Senkung, Reduktion des HbA1c – mit der der Insuline vergleichbar – und dabei fehlende Gewichtszunahme. Somit besteht nach den neuen diabetischen Guidelines ein klares Stufenkonzept in der Therapie mit oralen Antidiabetika (siehe Leitlinien für die Praxis der ÖDG, auch unter www.oedg.org abrufbar).

Das primäre Medikament für die Therapie des metabolischen Syndroms beim Diabetiker stellt Metformin dar, sofern es keine Kontraindikationen (Niereninsuffizienz mit einem Kreatinin > 1,3mg/dl) gibt.

Cholesterin

Neben der Wichtigkeit Diabetes zu verhindern bzw. therapeutisch optimal zu führen, stellt die Fettstoffwechselstörung weiterhin ein großes Problem für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen dar.

Das Lipidthema unterliegt ständiger Observanz und Diskussion. Das LDL-Cholesterin war lange Zeit der Hauptfokus aller Studien mit genauen Richtwerten in der Primär- und Sekundärprävention für Nicht- und Diabetiker, aber mehr und mehr treten auch die anderen Lipidfraktionen - HDL-Cholesterin und LDL-reiche Triglyceride in den Mittelpunkt des Interesses. Diese sind ganz besonders beim Diabetiker von wichtiger Bedeutung, da insbesondere beim Diabetiker mit metabolischem Syndrom das HDL-Cholesterin erniedrigt ist und die TG erhöht sind.

Erhöhtes Cholesterin verursacht rund 4,4 Millionen Todesfälle pro Jahr (= 7,9% aller Todesfälle). In Kombination mit Bluthochdruck ist erhöhtes Cholesterin für 18% aller Schlaganfälle und 56% aller ischämischen Herzerkrankungen verantwortlich. Die 25-Jahres-Follow-up-Daten der Seven Countries Study zeigten, dass kulturunabhängig eine eindeutige lineare Korrelation zwischen erhöhtem Cholesterin und kardiovaskulärer Mortalität besteht. Dies

