

Aktuelles von der DDG-Herbsttagung

Die diesjährige Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft lockte mehr als 3.500 Ärzte und Mitglieder des Diabetes-Behandlungsteams in das Congress Center Rosengarten Mannheim. Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen die neuesten Erkenntnisse aus der Diabetesforschung und ihre Bedeutung für die tägliche Praxis. Wir haben einige besonders interessante Vorträge für Sie zusammengefasst.

11. HERBSTTAGUNG
DER DEUTSCHEN
DIABETESGESELLSCHAFT

DDG





© K.I.T. Group GmbH | Photo: Dirk Deckbar

INSULINTHERAPIE – INJEKTIONSSTELLEN SORGFÄLTIG PRÜFEN

Gabriele Buchholz, Diabetesberaterin DDG

Viele Diabetes-Patienten entwickeln in den Hautarealen, in die sie Insulin spritzen, eine Lipoatrophie oder Lipohypertrophie. Letztere ist durch eine Volumenzunahme der Adipozyten gekennzeichnet und als Schwellung und/oder Verhärtung im Fettgewebe zu tasten¹. Häufig entstünden Lipohypertrophien nach längerer Insulintherapie und wenn der Patient die Injektionsstellen nicht korrekt rotiert bzw. immer nur kleinere Injektionsbereiche nutzt, erklärte Gabriele Buchholz.

Lipohypertrophien seien weit mehr als ein kosmetisches Problem. Denn Insulin, das in eine Lipohypertrophie gespritzt wird, werde vom Körper sehr variabel absorbiert, so dass es zu unklaren Blutzuckerschwankungen und Hypoglykämien kommen könne und eine gute Stoffwechselkontrolle erschwert werde². Eine sorgfältige Patientenschulung könne dazu beitragen, Lipohypertrophien zu vermeiden³. Geeignete Injektionsbereiche für Insulin seien Bauch, Oberschenkel, Gesäß und Rückseite der Oberarme¹. Bei jeder Injektion

solle die Einstichstelle innerhalb der Injektionsbereiche gewechselt und die folgende Injektion mindestens 1–2 cm neben der letzten Injektionsstelle gesetzt werden, unterstrich die Expertin. Für eine optimale Injektion solle der Patient eine Hautfalte bilden und das Insulin im 90-Grad-Winkel zur Haut langsam subkutan spritzen. Bei Verwendung eines Pens zähle er nach dem Hineindrücken des Auslösers bis 10 und ziehe dann die Nadel aus der Haut. Wichtig sei es, die Technik des Patienten immer wieder zu überprüfen und die für die Insulininjektionen genutzten Hautareale zu inspizieren und abzutasten.

Fazit für die Praxis:

- Lipohypertrophien können eine gute glykämische Kontrolle erschweren.
- Eine optimale Injektionstechnik mit Rotation der Insulinspritzstellen trägt dazu bei, Lipohypertrophien zu vermeiden.

FORSCHUNGSANSÄTZE IN DER ADIPOSITASTHERAPIE UND METABOLISCHEN KONTROLLE

Dr. Kerstin Stemmer

Mit Diät, Lebensstiländerung und den derzeit verfügbaren Medikamenten lassen sich bei der Adipositas unter Umständen nur mäßige Erfolge erreichen. Gute Resultate erziele dagegen die Adipositas-Chirurgie: Eine bariatrische Operation könne zu einer Abnahme von mehr als 30 % vom Ausgangsgewicht führen⁴, so Dr. Kerstin Stemmer. Hinzu komme eine Reduktion von Adipositas-Begleiterkrankungen. Andererseits könne ein solcher Eingriff auch zu unerwünschten Wirkungen wie einer Abnahme der Knochendichte und einer verminderten Absorption von Vitaminen führen.

Einer der möglichen zusätzlichen Mechanismen einer bariatrischen Chirurgie könnte die Wirkung der Operation auf verschiedene körpereigene Hormone sein. Diese hormonellen Aspekte des Übergewichts inspirierten Wissenschaftler am Institut für Diabetes und Adipositas, Helmholtz Zentrum München dazu, alternativ zu chirurgischen Maßnahmen neue Medikamente gegen Adipositas zu entwickeln. Ihr Ansatz besteht darin, zwei Hormone in einem Molekül miteinander zu verbinden, beispielsweise das Darmhormon GLP-1 und das Bauchspeicheldrüsenhormon Glukagon. Das neue Doppelhormon soll die Nahrungsaufnahme bremsen, die glykämische Kontrolle verbessern und den Energieumsatz steigern. Nachdem der Glukagon/GLP-1-Co-Agonist im Tiermodell eine gute Gewichtsabnahme und eine Senkung der Blutzuckerwerte gezeigt hat⁵, liegen inzwischen auch erste positive Daten aus Studien in frühen Phasen beim Menschen vor⁶. Vor einer Bewertung

der klinischen Relevanz der Daten müssen noch weitere Studien folgen.

Eine weitere hoffnungsvolle Therapiemöglichkeit sei die Verbindung aus dem Schilddrüsenhormon T3 und Glukagon, so Dr. Kerstin Stemmer. Die günstigen Effekte von T3 auf den Fettstoffwechsel seien seit langem bekannt, doch konnte das Hormon bisher nicht zur Behandlung der Adipositas eingesetzt werden, da es zu Nebenwirkungen u.a. an Herz und Knochen führt. Durch die Koppelung an Glukagon gelinge es, T3 vermehrt in die Leber einzuschleusen und es von Herz und Knochen fern zu halten, da diese keine Glukagonrezeptoren besitzen. Im Tiermodell senkte Glukagon/T3 das Körpergewicht, die Fettmasse und die Cholesterinwerte, Nebenwirkungen an Herz und Knochen wurden nicht beobachtet⁷. Die Studien an Menschen stehen noch aus.

Fazit für die Praxis:

- Aktuell verfügbare konservative Behandlungsmöglichkeiten der Adipositas sind oft nur mäßig erfolgreich.
- Experimentelle Ansätze, die sich noch im Bereich der Grundlagenforschung befinden, beschäftigen sich mit Konjugaten aus zwei Hormonen. Diese Doppelhormone sollen das Gewicht effektiver senken (Glukagon/GLP-1-Co-Agonist) oder Nebenwirkungen reduzieren (Glukagon/T3). Daten bei Menschen stehen noch aus.

GERADE KINDER KÖNNEN VON DER INSULINPUMPENTHERAPIE PROFITIEREN

Dr. Martin Holder

Rund 30.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland sind von Diabetes mellitus betroffen, in den meisten Fällen – bei über 28.300 der pädiatrischen Patienten – liegt ein Typ-1-Diabetes vor⁸. Zunehmend manifestiere sich der Diabetes bei jüngeren Kindern, auch schon bei Ein- und Zweijährigen, sagte Dr. Martin Holder. Eine Insulintherapie solle umgehend nach Diagnosestellung des Typ-1-Diabetes eingeleitet werden, da sich der kindliche Stoffwechsel rapide verschlechtern kann, heißt es in der aktuellen S3-Leitlinie zur Therapie und

Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, die zudem betont, dass Kinder und Jugendliche mit Diabetes von einem kinderdiabetologisch erfahrenen Team betreut werden sollen⁹.

In den letzten 20 Jahren sei die Insulintherapie bei Kindern deutlich intensiviert worden, um Folgeerkrankungen möglichst zu vermeiden, sagte Dr. Holder. Eine große Hilfe dabei sei die Therapie mit der Insulinpumpe, die technisch immer weiter verbessert wurde. Gerade sehr junge Kinder mit Typ-1-Diabetes profitieren von der

Pumpentherapie, da sie eine labile Stoffwechsellage mit großen Blutzuckerschwankungen und oft einen extrem niedrigen Insulinbedarf mit hoher Insulinempfindlichkeit aufweisen. „Mit der Pumpentherapie kann der tägliche Insulinbedarf viel feiner und genauer abgedeckt werden“, hob Dr. Holder hervor. Hinzu komme, dass sich unter der Pumpentherapie die oft belastenden Injektionen vermeiden lassen und signifikant weniger Hypoglykämien auftreten. Daher würden gerade junge Kinder direkt nach der Manifestation des Typ-1-Diabetes heute in der Mehrzahl auf die Pumpe eingestellt: Von den Kindern bis 6 Jahre würden über 85 % mit der Insulinpumpe behandelt⁸.

Eine aktuelle Studie an teilnehmenden Diabetes-Zentren in Deutschland, Österreich und Luxemburg mit über

30.000 jungen Typ-1- Diabetespatienten zeigt, dass die Pumpentherapie im Vergleich zur Behandlung mit Insulinspritzen zu einer besseren glykämischen Kontrolle führte und schwere Hypoglykämien und ketoazidotische Entgleisungen zu vermeiden half¹⁰.

Fazit für die Praxis:

- Die Insulinpumpentherapie wird immer häufiger auch bei pädiatrischen Diabetes-Patienten eingesetzt.
- Bei jungen Kindern gilt die Pumpentherapie heute als Standardbehandlung.

HAUTERKRANKUNGEN BEI DIABETES

Prof. Dr. med. Claudia Pföhler

Von Hauterkrankungen oder Hautveränderungen seien fast alle Menschen mit Diabetes betroffen, erklärte Prof. Pföhler. So berichten viele Patienten beispielsweise über einen störenden Juckreiz (Pruritus). Die Therapie bestehe in diesen Fällen vor allem in der Optimierung der Diabeseinstellung. Zusätzlich würden Hautärzte lindernde Externa, nicht sedierende Antihistaminika oder auch eine medizinische Lichttherapie einsetzen.

Rund 70 % der Diabetes-Patienten weisen eine diabetische Dermopathie auf, die sich durch rötliche oder bräunliche Verfärbungen im Bereich des Schienbeins bemerkbar macht und in fleckige Hyperpigmentierungen übergehen kann¹¹, erklärte Prof. Pföhler. Auch diese Hautveränderung könne sich bei guter Diabeseinstellung bessern.

Eine „gesunde Gesichtsfarbe“ mit roten Apfelbäckchen sei leider nicht immer Zeichen einer robusten Gesundheit, sondern häufig eine Rubeosis diabetorum. Bei dieser Veränderung reagieren die kleinen Gefäße im Wangenbereich schon auf geringe Reize wie Wärme, Alkohol oder Koffein mit einer massiven Erweiterung der Blutgefäße. Die resultierende Rötung könne Ausdruck einer nicht optimalen Stoffwechseleinstellung sein.

Beim Granuloma anulare handele es sich um eine Entzündung der Haut mit rötlichen, erhabenen Knötchen, die sich ringförmig anordnen und oft am Hand- oder Fußrücken lokalisiert sind. „Ein Granuloma anulare muss immer an einen Diabetes denken lassen und erfordert eine entsprechende Abklärung“, betonte Prof. Pföhler. Therapeutisch würden u.a. Kortison unter Okklusivverband, Kälte- und Lichttherapie angewandt.

Eine gut zu behandelnde Veränderung sei das Eczema craquelée (Austrocknungsekzem), das bei vielen Diabetes-Patienten vorliegt. Der Haut fehle Fett, oft bedingt durch falsche Duschgewohnheiten. Hier könne es helfen, beim Duschen rückfettende Substanzen zu verwenden.

Fazit für die Praxis:

- Hautveränderungen sind bei Diabetes-Patienten weit verbreitet.
- Viele Hautprobleme wie Juckreiz, diabetische Dermopathie oder Rubeosis diabetorum können sich unter einer intensivierten Diabetestherapie bessern.

1. VDBD-Leitfaden. Die Injektion bei Diabetes mellitus. Online verfügbar unter https://www.vdbd.de/Downloads/VDBD_Leitfaden_Insulininjektion_PM107_HR_FINAL.pdf. Zuletzt eingesehen am 20.11.2017. 2. Famulla S et al. Diabetes Care 2016; 39: 1486-1492. 3. Frid AH et al. Mayo Clin Proc 2016; 91: 1224-1230. 4. Maciejewski ML et al. JAMA Surg 2016; 151: 1046-1055. 5. Day JW et al. Nat Chem Biol 2009; 5: 749-757. 6. Tan TM et al. Diabetes 2013; 62: 1131-1138. 7. Finan B et al. Cell 2016; 167: 843-857 e814. 8. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017. Online verfügbar unter https://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2017.pdf [zuletzt eingesehen am 20.11.2017]. 9. S3-Leitlinie der DDG und AGPD 2015: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Registernummer 057-016. 10. Karges B et al. JAMA 2017; 318: 1358-1366. 11. Jecht M. Der Diabetologe 2009; 1: 43-55.