

Diabetes mellitus Typ 2-Refresher

Diabetes mellitus Typ 2 ist eine häufige Erkrankung und die Patienten beanspruchen häufig eine Sprechstunde. Mit diesem Refresher sollen nochmals die Grundlagen des Diabetes mellitus Typ 2 erläutert werden und eine Übersicht über die medikamentöse Strategie je nach Patienten und Komorbidität bieten.

1. Screening:

Grundsätzlich sollte kein Screening stattfinden für Diabetes mellitus, es sei denn gewisse Risikofaktoren (siehe Box) sind vorliegend.

2. Diagnose

Die Diagnose des Diabetes erfolgt über eine laborchemische Bestimmung, wobei zwei pathologische Tests an zwei verschiedenen Tagen vorliegen müssen.

3. Behandlung

Die Behandlung des Typ 2 Diabetikers ist langjährig und interdisziplinär. In regelmässigen Kontrollen werden kardiovaskuläre Risikofaktoren eingestellt, Lifestyle-modifikationen empfohlen, Beratungsgespräche geführt und auf Spätkomplikationen getestet.^{2,6}

Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2¹

- Übergewicht
- Genetische Vorbelastung
- Ethnie
- pränatale Exposition
- PCOS (Polyzystisches Ovar)
- Alternative im Vergleich?

Laborchemische Tests⁴

- Nüchternglukose: ≥ 7.0 mmol/l
- OGTT: ≥ 11.1 mmol/l nach 2 Std.
- HbA1c –Wert: ≥ 6.5 %
- Zufallsglukose: ≥ 11.1 mmol/l

Checkliste zur langjährigen Diabetesbetreuung

- Regelmässige Kontrollen (Instruktion von Selbstmanagement, Lifestyle, Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren)
- Lifestyle (BMI <25 , Bewegung, Rauchstopp, Ernährung, Alkohol)
- HbA1c: Ziel 6.5-8% (je nach Alter, Komorbidität, Krankheitsdauer), anfänglich alle 2-3 Monate, bei eingestellten Patienten: 2-4 Mal/Jahr
- Dyslipidämie LDL <2.6 mmol/l
- Blutdruck: Zielwert $\leq 140/90$ mmHg
- Nierenfunktion: Serumkreatinin, eGFR, Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin
- Ophthalmologische Untersuchung 1x/Jahr (ab Diagnosestellung)
- Fusskontrolle (Vibrationssinn, Monofilament, Pulsstatus, Achillessehnenreflex)

Therapiestrategien – eine Übersicht^{3, 5, 6}

Ziel der medikamentösen Behandlung ist die Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse, Verhinderung von Hypoglykämien sowie Kosteneffizienz. Individuell sollten die Medikamente insbesondere unter Berücksichtigung kardiovaskulärer Komorbiditäten, Eigeninsulinproduktion und Nierenfunktion angepasst werden.

	Mono-/Dualtherapie	Tripletherapie
Insulindefizit	Basalinsulin (Mischinsulin oder Basalinsulin + GLP1-RA)	Basis-Bolus-Insulinschema
Niereninsuffizienz (eGFR <30ml/min)	DPP-4-Inhibitoren	Basalinsulin
Herzinsuffizienz	Metformin + SGLT-2-Hemmer	+ DPP-4-Inhibitoren + Basalinsulin
Kardiovaskuläre Erkrankung	1. Metformin + SGLT-2-Inhibitoren 2. Metformin + GLP-1-Analogon	1. + DPP-4-Inhibitoren Oder + Gliclazid Oder + Basalinsulin 2. + Gliclazid Oder + Basalinsulin
Herzgesunde	1. Metformin + SGLT2-Inhibitoren 2. Metformin + GLP-1 RA 3. Metformin + DPP-4-Inhibitoren	+ Gliclazid oder Basisinsulin
Herzgesunde nach ADA (American Diabetes Association)	Metformin + (Sulfonylharnstoff, DPP-4-Inhibitoren, SGLT-2-Inhibitoren, GLP-1-Rezeptor-Antagonist, Basalinsulin oder Glitazone)	

Dr. med. Corina Omlin

Quellen:

1. https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-presentation-and-diagnosis-of-type-2-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents?search=diabetes%20mellitus%20type%20&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4; 04.10.18
2. http://qualiccare.ch/fileadmin/daten/diabetes/1710_Vorstellung_QCC.pdf
3. http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/63_praxis-empfehlungen/Kriterien-DMD_2017.pdf; 04.10.18
4. http://www.mednetbern.ch/publications/guideline_diabetes_2014.pdf; 04.10.18
5. https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus%20type%20§ionRank=3&usage_type=default&anchor=H22&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H12028133
6. http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/61_richtlinien_fachaerzte/1703_SGED_Empfehlung_BZ-Kontrolle_T2DM_Finale_Version_13.pdf; 04.10.18
7. American Diabetes Association Diabetes Care 2018 Jan; 41(Supplement 1): S73-S85. <https://doi.org/10.2337/dc18-S008>; 10.10.2018