

Diabetestherapie im Alter

Erhalt der Lebensqualität und Vermeidung von Hypoglykämien als vorrangige Therapieziele

Bei der Behandlung älterer und alter Diabetespatienten sind verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen, beispielsweise funktioneller Status, Begleiterkrankungen, Multimedikation, kognitive Einschränkungen und Lebenserwartung. Eine neue konsensbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) in Zusammenarbeit mit weiteren Fachgesellschaften trägt dem Rechnung.

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Für eine differenzierte Therapieplanung sollte der funktionelle Status älterer Menschen mit Diabetes beurteilt werden. Die Leitlinienautoren unterscheiden folgende funktionelle Gruppen:

- ▲ **funktionell unabhängig:** ältere Diabetespatienten mit gutem funktionellem Status
- ▲ **funktionell leicht abhängig:** eingeschränkter funktioneller Status, Patienten mit Multimorbidität, funktionellen und kognitiven Einschränkungen sowie geriatrischen Syndromen
- ▲ **funktionell stark abhängig:** ältere Menschen mit Diabetes und extrem eingeschränktem funktionellem Status oder terminal erkrankte Patienten
- ▲ **Patienten in der unmittelbaren Sterbephase.**

Behandlungsziele – allgemeine Überlegungen

Diabetes kann den Alltag älterer Patienten deutlich einschränken – insbesondere zu komplizierte Therapieschemata reduzieren die Lebensqualität älterer Menschen. So wird eine intensive Glukosekontrolle mit mehr als drei Injektionen von betagten Patienten als stärkere Einschränkung wahrgenommen als eine konventionelle Glukosekontrolle. Mit zunehmendem Alter rücken vereinfachte Medikationsschemata und moderatere Stoffwechselziele in den Vordergrund. Die Leitlinienautoren schreiben:

- ▲ Bei älteren Menschen mit Diabetes sollen der Erhalt der Lebensqualität und das Vermeiden von Hypoglykämien (siehe *Kasten*) vorrangiges Therapieziel sein. Individuelle Aspekte von Lebensqualität sollen deshalb aktiv erfragt werden. Das daraus erstellte Therapiekonzept kann von dem anderer Patienten deutlich abweichen.

MERKSÄTZE

- ▶ Die Wahl der individuell geeigneten Therapieziele richtet sich bei betagten Diabetespatienten vor allem nach funktionellem Status, Lebenserwartung und Hypoglykämierisiko.
- ▶ Eine gute Lebensqualität und die Vermeidung von Unterzuckerungen sind vorrangige Aspekte bei der Behandlung älterer Diabetespatienten.

- ▲ Das HbA_{1c} soll im höheren Lebensalter einen geringeren Stellenwert bei Therapieentscheidungen haben als in jüngerem Lebensalter.
- ▲ Bei älteren Menschen mit Diabetes sollte das HbA_{1c}-Ziel an die vermutete Lebenserwartung angepasst werden.

HbA_{1c} und präprandiale Werte: Was rät die Leitlinie für ältere Patienten?

Vermutete Lebenserwartung, kognitive Funktionen und das Hypoglykämierisiko durch die Therapie sind die entscheidenden Determinanten bei der Wahl der Therapiezielbereiche. Die neue Guideline nennt folgende Zielkorridore:

- ▲ funktionell unabhängige Patienten mit einer Lebenserwartung über 15 Jahre, welche die Vorteile einer intensiven Therapie wahrscheinlich noch erleben:
 - HbA_{1c}: 6,5–7,5%
 - Blutglukose vor den Mahlzeiten: 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l)
- ▲ funktionell leicht abhängige Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als 15 Jahren, welche die Vorteile einer intensiven Therapie wahrscheinlich nicht erleben können und bei denen ein erhöhtes Hypoglykämie- und Sturzrisiko besteht:
 - HbA_{1c}: ≤ 8,0%
 - Blutglukose vor den Mahlzeiten: 100–150 mg/dl (5,6–8,3 mmol/l)
- ▲ funktionell stark abhängige Patienten mit begrenzter Lebenserwartung:
 - HbA_{1c}: < 8,5%
 - Blutglukose vor den Mahlzeiten: 110–180 mg/dl (6,1–10 mmol/l)
- ▲ Am Lebensende sind die Zielkorridore individuell festzulegen, Ziel ist Symptombfreiheit.

Orale Antidiabetika und GLP-1-Analoga

Metformin soll auch bei älteren Diabetespatienten als Antidiabetikum der ersten Wahl eingesetzt werden. Es kann mit einer verringerten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität sowie mit einer geringen Hypoglykämiegefahr einhergehen. Allerdings kann Metformin zu gastrointestinalen Beschwerden und zur Verstärkung einer Kachexie führen. Bei Niereninsuffizienz im Stadium 4 (glomeruläre Filtrationsrate [GFR] < 30 ml/min/1,73 m²) ist Metformin kontraindiziert.

Kasten:

Hypoglykämiegefahr

- ▲ Das Risiko für Unterzuckerungen ist bei älteren Patienten erhöht. Zunehmende Insulindefizienz und nachlassende Nierenfunktion spielen hier ebenso eine Rolle wie Therapiefehler aufgrund kognitiver Defizite.
- ▲ Hypoglykämien sind im Alltag wesentlich häufiger als bis anhin vermutet, besonders nachts.
- ▲ Symptome der Hypoglykämie bemerken ältere Menschen oft relativ spät – obwohl die Unterzuckerung bei ihnen früher als bei jüngeren Menschen zu einer Störung der Gehirnfunktion führt.
- ▲ Es gibt Hinweise, dass Hypoglykämien kardiovaskuläre Ereignisse und eine Demenz im Alter begünstigen.

Metformin soll zu Beginn der Therapie langsam auftitriert werden, um das Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Alle 3 bis 6 Monate soll die Nierenfunktion überprüft werden. In Situationen, die zu einer akuten Verschlechterung der Nierenfunktion führen können, soll Metformin pausiert werden (z.B. bei Gabe von Röntgenkontrastmitteln, Operation in Vollnarkose, Exsikkose, Magen-Darm- oder fieberhafter Infekt).

DPP-4-Inhibitoren können bei älteren Diabetespatienten eingesetzt werden. Sie zeichnen sich durch eine geringe Nebenwirkungsrate aus. Vorteile können sich vor allem im Hinblick auf Therapieadhärenz (geringe Einnahmefrequenz erforderlich), Hypoglykämiegefahr und Gewichtsneutralität sowie bei höhergradiger Niereninsuffizienz (Dosisreduktion) ergeben. Die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA (Food and Drug Administration) warnt jedoch vor schweren und behindernden Gelenkschmerzen unter DPP-(Dipeptidylpeptidase-)4-Inhibitoren.

Auch **SGLT-2-Inhibitoren** können älteren Diabetespatienten verabreicht werden. Vorteilhaft ist, dass SGLT-(«sodium-dependent glucose transporter»)-2-Hemmer die Blutglukosewerte ohne eigenes Hypoglykämierisiko senken. Für Empagliflozin wurden eine verminderte kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität sowie eine nephroprotektive Wirkung bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes und vorbestehender kardiovaskulärer Erkrankung nachgewiesen. Substanzspezifische Einschränkungen des Einsatzes im höheren Lebensalter und bei eingeschränkter Nierenfunktion sollen berücksichtigt werden. Während des Einsatzes sollen erhöhte Risi-

Typ-1-Diabetes kommt auch bei älteren Menschen vor

Auch wenn bei den meisten älteren Diabetespatienten ein Typ-2-Diabetes vorliegt, weisen die Autoren darauf hin, dass immer mehr Typ-1-Diabetiker älter als 70 Jahre sind. Ein Typ-1-Diabetes kann sich durchaus erst im höheren Lebensalter manifestieren. Bei neu diagnostizierten älteren Menschen mit Diabetes und rascher Insulinpflicht sollte auch an das mögliche Vorliegen eines Typ-1-Diabetes gedacht werden.

ken, zum Beispiel für mykotische Genitalinfektionen, Polyurie, Exsikkose und Verschlechterung der Nierenfunktion, beachtet werden. Das Risiko für ein vermehrtes Auftreten von diabetischen Ketoazidosen ist laut Leitlinie bei korrekter Verordnung vernachlässigbar.

Sulfonylharnstoffe gehen mit einem erhöhten Hypoglykämierisiko einher (in unterschiedlicher Ausprägung bei verschiedenen Präparaten, Dosierungen und Begleitumständen). Generell wird Glibenclamid nicht empfohlen – das besondere Risiko für Unterzuckerungen sollte berücksichtigt werden.

GLP-1-Analoga weisen selbst ein geringes Hypoglykämierisiko auf. Häufig geht ihr Einsatz mit einer Gewichtsabnahme einher, was bei adipösen älteren Menschen mit Diabetes vorteilhaft sein kann. Doch liegt im höheren Lebensalter oft eine katabole Stoffwechselsituation vor – dann ist der Einsatz von GLP-(«glucagon-like peptide»)-1-Analoga und Metformin weniger sinnvoll. Laut aktueller Guideline können GLP-1-Analoga bei älteren Diabetespatienten in Einzelfällen eingesetzt werden. Vorteilhaft können das geringe Hypoglykämierisiko und eine Gewichtsabnahme (falls diese erwünscht ist) sein. Liraglutid führt zu einer verminderten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität, Dulaglutid und retardiertes Exenatid müssen nur einmal wöchentlich verabreicht werden. Allerdings sollten die Notwendigkeit der Injektion sowie mögliche gastrointestinale Nebenwirkungen (Übelkeit und Erbrechen) beachtet werden.

Insulintherapie

Ziel der Insulintherapie ist eine Einstellung der Blutglukose unter Vermeidung von Hyper- und Hypoglykämien und einer zu grossen Blutglukosevariabilität. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist bei manchen Patienten die Reduzierung einer Polypharmazie. Zur Insulintherapie geriatrischer Patienten liegen allerdings nur wenige Studien vor.

Eine Insulintherapie sollte begonnen werden, wenn durch Lebensstiländerungen und/oder orale Antidiabetika das individualisierte Therapieziel nicht erreicht werden kann beziehungsweise wenn orale Antidiabetika aufgrund von Kontraindikationen nicht mehr verabreicht werden dürfen oder wenn durch die Insulintherapie eine Polypharmazie reduziert werden kann, wie die Leitlinienautoren schreiben.

Vor einer Insulintherapie sollte entschieden werden, ob Insulin als Monotherapie oder in Kombination mit oralen Antidiabetika gegeben werden soll. Welche Form der Insulintherapie gewählt wird, entscheiden vor allem die kognitiven und feinmotorischen Fähigkeiten des Patienten sowie dessen soziales Umfeld und das Therapieziel. Zudem sind die Dauer der Diabeteserkrankung, das Vorliegen verschiedener Komplikationen und Komorbiditäten sowie die Lebenserwartung wichtige Gesichtspunkte. ▲

Andrea Wülker

Quelle:

Bahrman A et al.: S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG] in Zusammenarbeit mit weiteren Fachgesellschaften). AWMF-Register-Nr. 057-017.

Interessenlage: Die Erstellung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation DDG. Die Arbeit der Experten erfolgte ehrenamtlich, es wurden lediglich Reisekosten erstattet.

Anzeige

Biomed
Magnesiocard

S. 653