

«Unterzuckerungen haben eine katastrophale Wirkung auf das Gehirn»

Besonderheiten der Diabetestherapie bei älteren Patienten

In der individuellen Behandlung älterer Typ-2-Patienten sind auch Komorbiditäten, Begleitmedikationen und der kognitive Status des Patienten zu beachten. Zu den Hauptzielen zählen eine optimale Lebensqualität und das Vermeiden von Hypoglykämien. Gerade Letzteres hat hohe Priorität, so Prof. Johan G. Eriksson aus Helsinki (Finnland).

Aber welche Zielwerte passen für ältere Patienten? Die Currie-Studie, die retrospektiv das Verhältnis von HbA_{1c} und Mortalität untersuchte, ermittelte die niedrigste Sterberate bei einem HbA_{1c}-Wert von 7,5 Prozent. Darunter und darüber nahm die Sterblichkeit zu. Das galt unter oralen Antidiabetika (OAD) ebenso wie unter Insulin ± OAD. Die Daten stammen von 47 970 mindestens 50 Jahre alten Typ-2-Diabetikern.

Zielwerte für Ältere: Kaum Studien

Zu Zielwerten und Therapie der ab 75-Jährigen liegen nur wenige Studien vor. Eriksson setzt bei Patienten mit guter Funktion und ohne multiple Morbiditäten HbA_{1c}-Ziele von 7,0 bis 7,5 Prozent, bei Gebrechlichkeit und einer Lebenserwartung unter fünf Jahren auf ein HbA_{1c} < 8,0 Prozent. 8,0 bis 8,5 Prozent sind es zum Beispiel im Endstadium chronischer

geprägten Wirkungsspitze das Unterzuckerungsrisiko. Und Hypoglykämien sind einer der wichtigsten begrenzenden Faktoren der Therapie.

Hypoglykämien steigern das Demenzrisiko – und umgekehrt

Das ist auch für Prof. Melanie J. Davies, Leicester (Grossbritannien) ein zentraler Aspekt. Denn die Folgen von Unterzuckerungen reichen von einer Zunahme der Inflammation bis zu abnormer Koagulation, kardialen Ereignissen und Schlaganfall. Darüber hinaus kann Benommenheit zu Stürzen mit Frakturen und Verletzungen führen. Für alte Menschen sind diese Gefahren relevant, denn ihre Hypoglykämiewahrnehmung ist einer Studie zufolge schlecht. Patienten ab 65 Jahren zeigten darin im Vergleich zu jüngeren Probanden (39–64 Jahre) fast keine Reaktion auf autonome und neuroglykopenische Symptome ($p < 0,001$).

Besonders kritisch wird es, wenn Störungen von Hypoglykämiewahrnehmung und Kognition zusammentreffen. Diabetiker entwickeln häufiger eine Demenz: Das Risiko für eine Alzheimer-Demenz ist um 39 Prozent und das für eine vaskuläre Demenz auf das 2,4-Fache erhöht, sagte Prof. Lyse Bordier aus Saint-Mondé (Frankreich). Und bei Typ-2-Diabetikern (60–75 Jahre) litten die kognitiven Fähigkeiten umso mehr, je mehr schwere Hypoglykämien sie erlebt hatten ($p < 0,0001$). Bei Typ-1-Patienten bestand diese Korrelation nicht. Für ältere Patienten ergaben aber andere Beobachtungen über zwölf Jahre nicht nur eine Verdoppelung der Demenzrate als Hypoglykämiefolge (von 17,6% auf 34,4%): Die Demenz steigerte wiederum die Unterzuckerungsgefahr auf das 2,5-Fache.

Das erhöhte Hypoglykämierisiko bei Demenz wird aber offenbar häufig ignoriert. So wiesen von mehr als 15 000 älteren Patienten mit Diabetes plus Demenz 52 Prozent ein HbA_{1c} unter 7,0 Prozent auf – unter breitem Einsatz von Insulin (35%) und Sulfonylharnstoffen (56%). Diese Kombination kann zu schweren Hypoglykämien führen, warnte Davies und forderte: «Stellen Sie sicher, dass ältere Patienten nicht überbehandelt werden.» «Sie müssen Unterzuckerungen unbedingt vermeiden», bestätigte Bordier.

Helga Brettschneider

Quelle: Symposium «Elderly patients with type 2 diabetes: The storm is coming» im Rahmen der 51. Jahrestagung der European Association for the Study of Diabetes (EASD), 16. September 2015 in Stockholm.

«Stellen Sie sicher, dass ältere Patienten nicht überbehandelt werden.»

Erkrankungen. Hyperglykämien sollten aber auch bei älteren Patienten behandelt werden, denn Werte über 180 mg/dl können Symptome verursachen oder fördern (Inkontinenz, schlechtes Sehen, Verwirrtheit/kognitive Störungen). «Ältere Patienten reagieren viel empfindlicher auf hohe Blutzuckerwerte», betonte Eriksson. Eine vernünftige Glukosekontrolle verringert auch bei kurzer Lebenserwartung die Belastung durch Hyperglykämiesymptome.

Insulin: «Start low and go slow»

Viele brauchen dafür Insulin, das nach Erikssons Einschätzung bei älteren Typ-2-Patienten zu selten zum Zuge kommt. Dabei könne es neben der Senkung des Blutzuckers auch den Gewichtsverlust im Alter mindern, die Wundheilung bessern und die Lebensqualität erhöhen. Klassisch ist der Insulinstart mit einem Basalinsulin als Add-on zu OAD. Die Zugabe zu Metformin oder einem DPP4-Hemmer etwa bietet oft eine einfache und sichere Kombination, so der finnische Experte. Auf jeden Fall sollten Insulinstart und Auftitrieren bei älteren Patienten dem Prinzip «Start low and go slow» folgen, empfahl er. Dabei seien langwirksame Analoginsuline älteren Patienten eher angemessen: NPH-Insulin erhöht mit seiner aus-