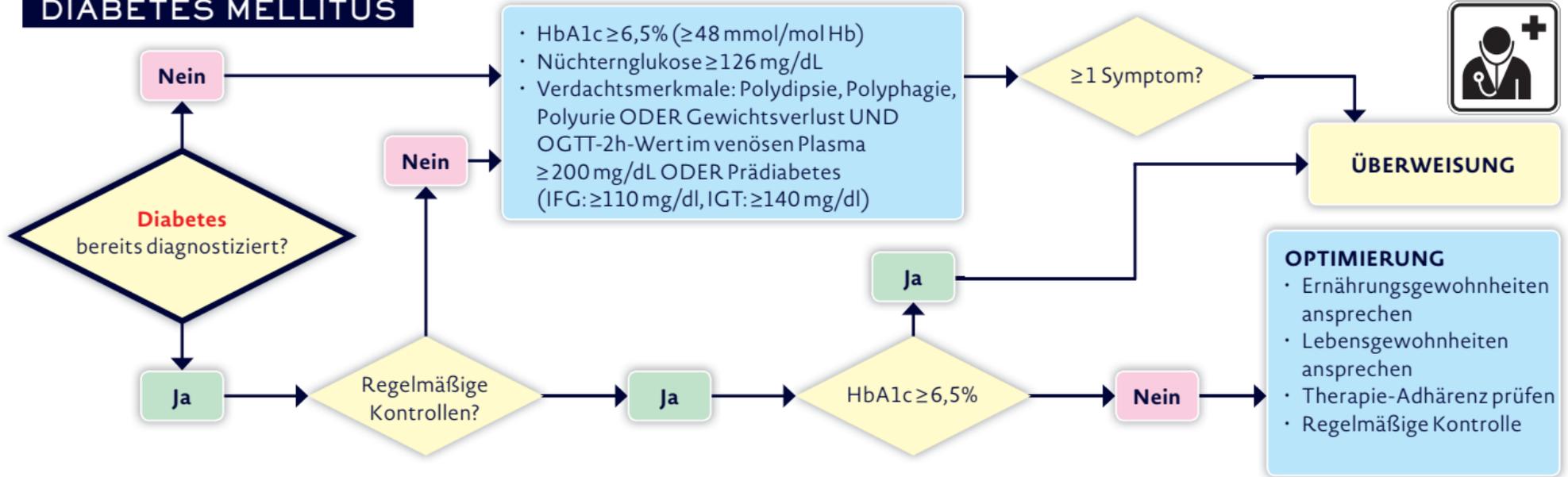


DIABETES MELLITUS



Diabetes Mellitus

DIABETES MELLITUS

- ▶ Unter Insulinresistenz wird das verminderte Ansprechen von Körperzellen, insbesondere der Leber, Muskulatur und des Fettgewebes auf Insulin (relativer Insulinmangel) verstanden.
- ▶ Die Entwicklung einer Insulinresistenz basiert auf einer genetisch fixierten Disposition zu einer **Glukosestoffwechselstörung** und führt zur Ausbildung eines **Typ-2-Diabetes mellitus**¹.
- ▶ Darüber hinaus können Medikamente (z.B. Glukokortikoide) schwere Infektionserkrankungen, Dyslipidämie sowie eine krankhafte Überproduktion von kontrainsulinären Hormonen eine Insulinresistenz triggern.
- ▶ Es sind verschiedene Mechanismen der Steigerung der Insulinresistenz bekannt. Neben einer Reduktion der Anzahl von Insulinrezeptoren, der Bildung abnormer Insulinrezeptoren bzw. einer Abnahme der Bindungsaffinität von Insulin an den Rezeptor wurde die Bildung insulinneutralisierender Antikörper sowie eine Erhöhung der enzymatischen Insulinspaltung beschrieben.
- ▶ Zudem wurden insulinresistenzfördernde Proteine (z.B. TNFalpha, Resistin, Plasminogen-Aktivator-Inhibitor) identifiziert, denen teilweise eine große pathogenetische Bedeutung bei der Psoriasis zukommt.

- ▶ Laut WHO liegt ein Diabetes mellitus dann vor, wenn **eine venöse Nüchtern-Plasmaglukose ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l) oder eine Gelegenheits-Plasmaglukose ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,2$ mmol/l)** wiederholt (mindestens zweimal) bzw. zwei Stunden nach oraler Gabe von 75 g Glukose (oraler Glukosetoleranztest), gemessen in qualitätsgesicherten Messverfahren nachzuweisen ist¹.
- ▶ Der HbA1c-Wert (glykiertes Hämoglobin) wird als Maß für den durchschnittlichen Plasmaglukosespiegel der letzten 6 bis 10 Wochen verwendet. Es herrscht mittlerweile weitgehend Konsens, dass die Spezifität eines **HbA1c-Wert $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol)** ausreicht, die Diagnose eines Diabetes mellitus zu stellen.
- ▶ Es steht außer Frage, dass Diabetes mellitus ein starker Risikofaktor für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen darstellt².
- ▶ Bei Koinzidenz von Psoriasis und Diabetes mellitus ist von einem stark erhöhten Risiko für ein metabolisches Syndrom bzw. für ein kardiovaskuläres Ereignis auszugehen³.

1. Alberti KG et al. Diabet Med. 1998; 15: 539–53.
2. DeFronzo RA et al. Diabetes Care. 1991; 14: 173–94.
3. Alsufyani MA et al. Dermatol Ther. 2010; 23: 137–43.

▶ **Zielparameter des Screenings:**

- Nüchtern-Plasmaglukose bei Null-Kalorienaufnahme mindestens 8 h, HbA1c

▶ **Kriterien für die Überweisung zur weiteren Abklärung und ggf. Therapieeinleitung:**

- HbA1c $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol Hb) ODER
- Nüchtern-Plasmaglukose von ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l) ODER
- Verdachtsmerkmale des Diabetes: (Polydipsie, Polyphagie, Polyurie ODER Gewichtsverlust) UND OGTT-2h-Wert im venösen Plasma ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) ODER
- Prädiabetes: IFG: ≥ 110 mg/dl (Plasmaglukose), IGT: ≥ 140 mg/dl (Plasmaglukose)
- Überweisung erfolgt an Hausarzt

▶ **Empfohlene Zeitspanne zur Verlaufskontrolle bei behandeltem Diabetes mellitus:**

- Leichte Psoriasis: Alle 12 Monate
- Schwere (incl. systemtherapierte) Psoriasis: Alle 6 Monate. Nüchtern-Plasmaglukose vor Einleitung mit Acitretin.

▶ **Maßnahmen bei eingestelltem Diabetes mellitus:**

- Lebensgewohnheiten ansprechen: 1) Ernährung, 2) Alkoholkonsum, 3) Nikotin, 4) Bewegung
- Therapie-Adhärenz überprüfen