

# Hausärztlicher Qualitätszirkel Harburg

## Protokoll der Sitzung vom 19.01.2017

### DMP Diabetes

Teilnehmer gemäß Anwesenheitsliste, Protokoll: J. Moll

**Marianne Wienert referiert von der Fortbildungsveranstaltung „Internisten-Update 2016“ zu den Themen Diabetologie und Endokrinologie.**

#### 1.) Diabetologie

Die kontinuierliche Blutglukosemessung ist für ICT-Behandlung jetzt Kassenleistung geworden. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere Hypoglykämien dadurch verringert werden konnten.

Lifestyle-Änderungen wirken sich günstig auf das kardiovask. Risiko aus. Diese Aussage wird vor dem Hintergrund anderslautender Studienergebnisse heftig diskutiert.

Die Wirkprinzipien der einzelnen OAD-Gruppen werden rekapituliert. Für SGLT-2 –Hemmer (Empagliflozin) und GLP-1-Agonisten (Liraglutid) liegen jetzt positive Studienergebnisse insbesondere bzgl. kardiovask. Erkrankungen vor, so dass eine Veränderung der Leitlinien zugunsten dieser Substanzen mit Einsatz zu einem frühen Zeitpunkt nach Metformin erwartet wird. Auch hier mahnen kritische Stimmen zur Zurückhaltung, da die Studienqualität nicht unumstritten ist.

#### 2.) Endokrinologie

##### a) Nebenniereninzidentalom:

Häufigkeit: 3% zwischen 50-80 L.J., 10% > 80. L.J.

80% hormoninaktiv und benigne. Malignitätsrisiko 2%, wenn < 4 cm und 25%, wenn > 6cm.

Kriterien für Benignität im Nativ-CT: < 4 cm, <= 10 HU(Hounsfield-units,Dichte), homogene Struktur.

Hormonaktivität: Cushing (Dexametason-Hemmtest, Phäochromozytom (Plasma-Metanephrine), Conn-Syndrom (Aldosteron/Renin-Quotient [nur bei Hypertonie oder unkl. Hypokaliämie]). Bei Exzess von DHEA/ Sexualhormonen: Malignitätsverdacht.

##### b) Primärer Hyperaldosteronismus (Conn-Syndrom)

Häufigste Ursache der sek. Hypertonie (4-12% der Hypertoniker). Nur 9-37% weisen Hypokaliämie auf. Bei rechtzeitiger Diagnose in 50% heilbar. Sonst schlechtere Prognose als essentielle Hypertonie. Verdächtig: Kontrollierte Hypertonie unter  $\geq 4$  Antihypertensiva; Hypertonie, RR-Werte > 140/90 mmHg unter 3 Antihypertensiva; Hypertonie und Hypokaliämie; Hypertonie und Nebennierenraumforderung; Hypertonie in Kombination mit Schlafapnoesyndrom; Hypertonie mit positiver Familienanamnese für Komplikationen (Apoplex) vor dem 40. Lebensjahr; Hypertonie bei erstgradigen Verwandten mit bekanntem primärem Hyperaldosteronismus.

Diagnostik: (Plasma)-Aldosteron / (Serum-)Renin-Quotient (Morgens, mind. 2h nach dem Aufstehen; vor Blutentnahme Sitzen für 5 - 15 min; 4 Wochen Pause von Spironolacton, Epleronon, Drosipiron; wenn möglich 1 Woche Pause von Betablockern und alpha-2 Agonisten; bei Unklarheiten in Erstuntersuchung: Umstellung auf „neutrale“ Medikamente: Verapamil, Dihydralazin, alpha-1-Blocker).

##### c) Primäre Nebenniereninsuff.

Daran denken bei „kranken“ Patienten mit einem oder mehreren (nicht anders erklärten) Symptomen: Dehydratation und Hypotonie (v.a. Orthostase); Hyponatriämie und / oder Hyperkaliämie; Gewichtsverlust / Anorexie; Fieber; abdominelle Schmerzen; Hyperpigmentierung (v.a. auch an nicht sonnenexponierten Arealen); Hypoglykämie.

Diagnostik: ACTH-Test (Cortisol 0 und 60 min nach ACTH).

##### d) Schilddrüse

TSH und FT4 haben eine Tagesrhythmik und sollten immer zur gleichen Tageszeit bestimmt werden.

Latente Hypothyreose im Alter >65 J. ist prognostisch günstig, mäßig erhöhte TSH-Werte bedürfen meist keiner Therapie. Unter Substitution reicht TSH-Bestimmung als Verlaufsparameter.

Sonogr. Risikohinweise für SD-Malignom: Knoten >2 cm, Kalkeinlagerung, Echoarmut, unscharfe Begrenzung, LK in der Umgebung.