

Kappeler Symposium

Diabetiker haben ein höheres Risiko für Krebs

Diabetiker sind nicht nur zuckerkrank, sie weisen auch ein erhöhtes Risiko für Krebs auf. Hohe Konzentrationen von Insulin begünstigen die Zellteilung und erhöhen damit das Krebsrisiko.

Prof. Dr. med. Peter Diem, Bern berichtet, dass in den letzten 50 Jahren eine Zunahme von Krebs bei Patienten mit Diabetes mellitus – vor allem bei Diabetes mellitus Typ 2 – zu beobachten ist.

Krebserkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2 haben eine Reihe von gemeinsamen Risikofaktoren.

Besonders sind Übergewicht und Adipositas, welche sowohl mit einem erhöhten Diabetesrisiko wie auch mit verschiedenen Krebsformen assoziiert sind. Dies gilt vor allem für die Häufigkeit von Mamma, Kolon/Rektum, Endometrium, Pankreas, Ösophagus, Nieren, Gallenblase und Leber (Abb. 1).

Das Risiko für Prostatakarzinome ist interessanterweise bei Männern mit Diabetes reduziert! Die Erklärung sei in der Genetik zu suchen.

Die Karzinogenese ist ein komplexer Prozess. Die Insulin-/IGF-1-Achse spielt eine wichtige Rolle. Viele Karzinomzellen exprimieren sowohl Insulin-als auch IGF1-Rezeptoren. Eine Stimulation dieser Rezeptoren, kann die Mitogenese und die Zellproliferation fördern. Hyperinsulinämie könnte über diesen Mechanismus die Karzinogenese fördern.

Wegen der systemischen Applikation, kann die Therapie mit exogenem Insulin potentiell zur Hyperinsulinämie führen, dadurch könnte bei allen Formen der Insulintherapie mit einer leichten Erhöhung des Krebsrisikos zu rechnen sein.

Besonders wichtig ist die Frage, in wie weit die medikamentöse Diabetes-Therapie das Krebsrisiko beeinflusst. Eine zunehmende Zahl von Studien suggeriert, dass eine Therapie mit Metformin im Vergleich zur Therapie mit Sulfonylharnstoffen bzw. Insulin oder Insulinanaloga mit reduziertem Krebsrisiko vergesellschaftet ist. Unterschiede zwischen Insulinen und Insulinanaloga sind nicht eindeutig gesichert. Auch für Inkretin-basierte Therapien bestehen einzelne Hinweise für ein erhöhtes Krebsrisiko.



Prof. Dr. med. Peter Diem



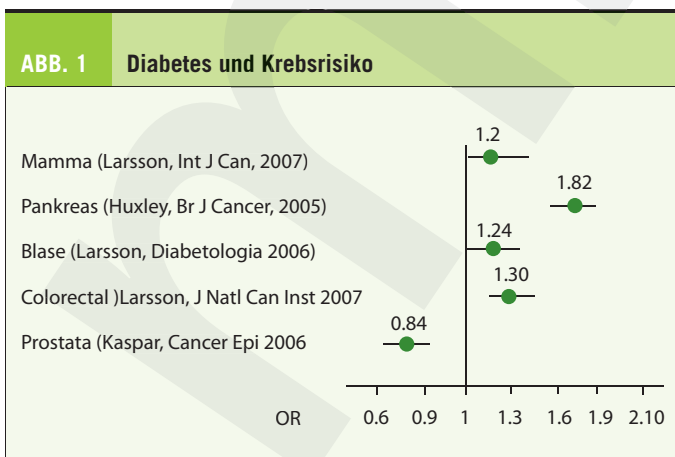
Dr. med. Barbara Felix

Prof. Diem fasst zusammen:

- ▶ Diabetes mellitus und Adipositas sind mit einem erhöhten Risiko für gewisse Krebsformen assoziiert, die teilweise auf gemeinsame Risikofaktoren zurückzuführen sind.
- ▶ Hyperinsulinämie ist ein möglicher pathogenetisch wichtiger Faktor.
- ▶ Die Metformin-Therapie ist wahrscheinlich mit einem im Vergleich zur Therapie mit Sulfonylharnstoffen und exogen zugeführtem Insulin reduzierten Krebsrisiko vergesellschaftet.
- ▶ Viele wichtige Fragen zu diesem Thema sind noch offen – man sollte dies weiter verfolgen!

Der diabetische Fuss

Dr. med. Barbara Felix, Kantonsspital Liestal, stimmte die rund 300 Ärzte im Saal bestürzt, als sie berichtet, dass 1000 Patienten mit Diabetes in der Schweiz jährlich eine Fussamputation erfahren. Zudem jeder 10. Diabetiker einen Ulcus erleidet und nur etwa ein Drittel nach sechs Monaten dann ausheilt. Auch ein chirurgischer Eingriff kann häufig das Problem nicht lösen, sondern bringt oft ein fragiles Kartenhaus zum Einsturz; dass durch eine Amputation oft eine weitere Verschlechterung der Gesamtprognose dazu kommt, bleibt auf der Strecke (Tab. 1).



TAB. 1 Der diabetische Fuss

- ▶ 85% aller Unterschenkelamputationen beim Diabetiker geht ein Fussulcus voraus
- ▶ 50% aller voramputierten Diabetiker werden innerhalb von 5 Jahren erneut amputiert, häufig auch an der Gegenseite
- ▶ nur 25–50% aller amputierten Diabetiker überleben die nächsten drei Jahre
- ▶ mehr als eine Milliarde Franken geschätzte Gesundheitskosten pro Jahr allein für Fussprobleme (25% der Gesamtkosten für Diabetes pro Jahr)
- ▶ Monatelange Spitalaufenthalte und Arbeitsausfälle, nicht messbare psychosoziale Belastung für Patienten und Umgebung



Die Diabetesexperten stehen Rede und Antwort (v. li.) Prof. Diem, Dr. Barbara Felix, Prof. Lehmann

TAB. 2	Diabetesfolgen
▶	Eine Fuss- und Schuhuntersuchung sollte bei jedem Diabetiker wenigstens einmal pro Jar durchgeführt werden
▶	Hauptaufgabe ist die Identifikation der Risikopatienten
▶	Diabetesschulung ist ein wichtiger Teil der Prävention
▶	regelmässige Fusspflege durch den geschulten Patienten
▶	Risikofüsse gehören in die Hand der Podologin
▶	Hauptursache des diab. Ulcus ist mechanischer Stress durch Neuropathie
▶	Hauptpräventionsmassnahme und Therapie ist die ausreichende Druckentlastung
▶	60% aller Ulzera sind kompliziert durch gestörte Durchblutungsverhältnisse
▶	keine Amputation ohne invasive Gefässabklärung
▶	Osteomyelitis ist per se keine Amputationsindikation
▶	interdisziplinäre Fussambulanzen helfen bei Prävention und Therapie
▶	engmaschige Nachkontrollen nach Ulcusabheilung oder Amputation

TAB. 3	Die Untersuchung des diabetischen Fusses
D eformität	Hammer-, Krallenzehen, Hohlfuss, Charcot-Fuss
I nfektion	Rötung, Überwärmung, Schwellung, Schmerz
A trophie	Zehennägel, Muskulatur
B eweglichkeit	Grosszehe, Abrollbewegung beim Laufen
E rosionen	Fissuren, Blasen, Ulzera
T emperatur	Kalt → Ischaemie (verminderte Durchblutung) Warm → Infektion oder Neuropathie
I schaemie	Fusspulse tasten, Durchblutungsstörung
S ensibilität	Vibrationsempfinden, Monofilamenttest Kalt/Warm-Empfindung
C allusbildung	Verhornungen, Hühneraugen (Clavus)
H auffarbe	Blass → Ischämie Rosig → Infekt oder Neuropathie

Die Pathogenese

Der Fuss unter Druck. Beim diabetischen Fussyndrom reden wir oft von einem multifaktoriellen Problem, einem sogenannten Mischbild aus neuropathischen und ischaemischen Ursachen. Die Neuropathie führt zu einem unempfindlichen Fuss und zu einer Veränderung der Muskelbalance am Fuss skelett mit Gangstörungen und Fussdeformationen. In 60% der Fälle wird das Ulcus durch eine periphere arterielle Verschlusskrankheit kompliziert, deren Symptome durch die Neuropathie maskiert sein können. Eine Basisabklärung des Gefässstatus (Dopplerdruckmessung mit ABI) gehört zu jeder diabetischen Fussuntersuchung sagte Dr. Felix. Auch fordert sie die Hausärzte auf „nehmen sie die Füsse in die Hand“! dies sei in jeder jährlichen Routineuntersuchung eine unverzichtbare Massnahme um sich einen Eindruck vom Zustand und Ulcus-Risiko zu machen.

Damit kann der Arzt in wenigen Minuten den Patienten in die richtige Risikogruppe zuordnen und sich mit weiter führenden Massnahmen auf die 10–15% gefährdeten Patienten konzentrieren. Sie verweist auf ein gutes Hilfsmittel für den Arzt und den Patienten, den „Gesundheitspass Diabetes“.

Schweigt der Fuss – schweigt auch der Patient – Schulung ist nötig

Neben dem theoretischen Wissen und dem praktischen Handeln braucht es das Wissen, dass wenn der Patient nichts fühlt, es für ihn auch nicht vorhanden ist! Der Arzt in der Praxis ist gewohnt, auf Beschwerden zu reagieren und verkennt häufig die Dramatik der Situation. Dazu kommt, dass Retinopathie, Adipositas und verminderte Beweglichkeit eine regelmässige Begutachtung des Fusses erschwert. Daher steht die gute Patientenschulung, am besten durch eine Diabetes-Schwester, an oberster Stelle.

Schuhvorsorge- sofort bei Auftreten von Callus nach der Ursache forschen – dann mit geeigneten Einlagen und besserem Schuhwerk Problem beseitigen. Eine rasche Druckentlastung mit Stöcken oder allenfalls Bettruhe und eine angepasste Therapieschulung sind nötig.

Die Referentin fuhr weiter – das kann ja Eiter werden! Weil alle diabetischen Ulzera bakteriell kontaminiert und in 30% der Fälle Zeichen einer Infektion sind. Der Geruch und eine stagnierende Wundheilung sind oft wegweisende Zeichen. Die Infektionen sind meist durch gram positive Kokken verursacht.

Mit der Feststellung – nicht die Genialen, sondern die Zähnen erreichen das Ziel – beendete Frau Dr. Felix das Feuerwerk Ihrer Präsentation! Man beachte:

- ▶ Regelmässige Wundversorgung ein absolutes Muss
- ▶ Eine Betreuung durch Fachleute aus dem Gebiet der Diabetologie, Angiologie, Orthopädie und Chirurgie ist nötig für eine optimale Heilung und gewährleistet in einigen Fällen eine Prognoseverbesserung.
- ▶ Eine Zusammenarbeit von Hausarzt, Krankenpflege – regelmässige Verbandswechsel – ist notwendig, sowie das Wissen über die Heilungschancen und den Verlauf, sowie die notwendige Compliance bezüglich Wundversorgung und Druckentlastung.
- ▶ Oberstes Ziel muss die Prophylaxe sein.
- ▶ Nehmen Sie die Füsse in die Hand, bevor Ihr Patient dabei ist, sie zu verlieren (Tab. 3)!

▼ Eleonore E. Droux