



Prof. Dr. med.  
Roger Darioli



Dr. med.  
Urs Dürst



Prof. Dr. med.  
Franz Eberli



Prof. Dr. Dr. h.c.  
Walter F. Riesen

## Neues vom Diabetonuriker...



PD Dr. med.  
Bernhard Hess

Längstens wissen wir, dass bei Typ-2-Diabetes die kardiovaskuläre Mortalität um das Zwei- bis Vierfache erhöht ist. Wie schon die UKPDS-Studie gezeigt hat, ist dies nicht in erster Linie von der Blutzuckerstoffwechseleinstellung abhängig, sondern sehr stark mit erhöhtem arteriellem Blutdruck assoziiert: Eine Senkung des mittleren systolischen Blutdrucks um 10 mmHg reduziert das Risiko nicht nur für Myokardinfarkt um 11%, sondern auch für mikrovaskuläre diabetische Komplikationen um 13%. Diese enge Verbindung von Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie in Bezug auf vaskuläre Komplikationen liess den Ausdruck „Diabetonuriker“ entstehen.

Die Mikroalbuminurie (MAU) – definiert als Albuminausscheidung von 30–300 mg/24 oder 2–20 mg/mmol Kreatinin in einem Spoturin – hat eine enge Beziehung zur arteriellen Hypertonie: Die Hypertonieprävalenz bei Typ-2-Diabetikern steigt von 71% bei Normoalbuminurie bis auf 93% bei Makroalbuminurie (>300 mg/d). Die vermehrte Albuminurie ist deshalb bei hypertensiven Typ-2-Diabetikern nicht einfach gleichzusetzen mit „Nephropathie“, sondern ein Ausdruck eines allgemein erhöhten kardiovaskulären Risikos. Von solchen Patienten, die wir „Diabetonuriker“ nennen wollen, handelt diese Schwerpunktausgabe.

Die vorliegenden Artikel gehen anhand neuester Daten folgenden Fragen nach:

- Was ist die Bedeutung von arterieller Hypertonie und Mikroalbuminurie für das kardiovaskuläre Risiko?
- Welches sind die aktuell gültigen Blutdruckgrenzwerte?

- Was ist die beste Therapiestrategie zur Blutdruckeinstellung?
- Welche Rolle spielt die Tageszeit der Verabreichung der Antihypertensiva für kardiovaskuläre Komplikationen?
- Welches sind die HbA1c-Zielwerte ?
- Wie sind Antidiabetika der Nierenfunktion anzupassen?
- Was ist die Rolle von Statinen? Sollen Statine auch bei Dialysepatienten eingesetzt werden?
- Sind ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorenblocker (ARBs) für die Primärprävention einer diabetischen Nierenkrankheit bei normotensiv-normoalbuminurischen Diabetikern geeignet?
- Sollen ACE-Hemmer und ARBs bei „Diabetonurikern“ kombiniert werden?

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen und neue Erkenntnisse bei der Lektüre!

PD Dr. med. Bernhard Hess