

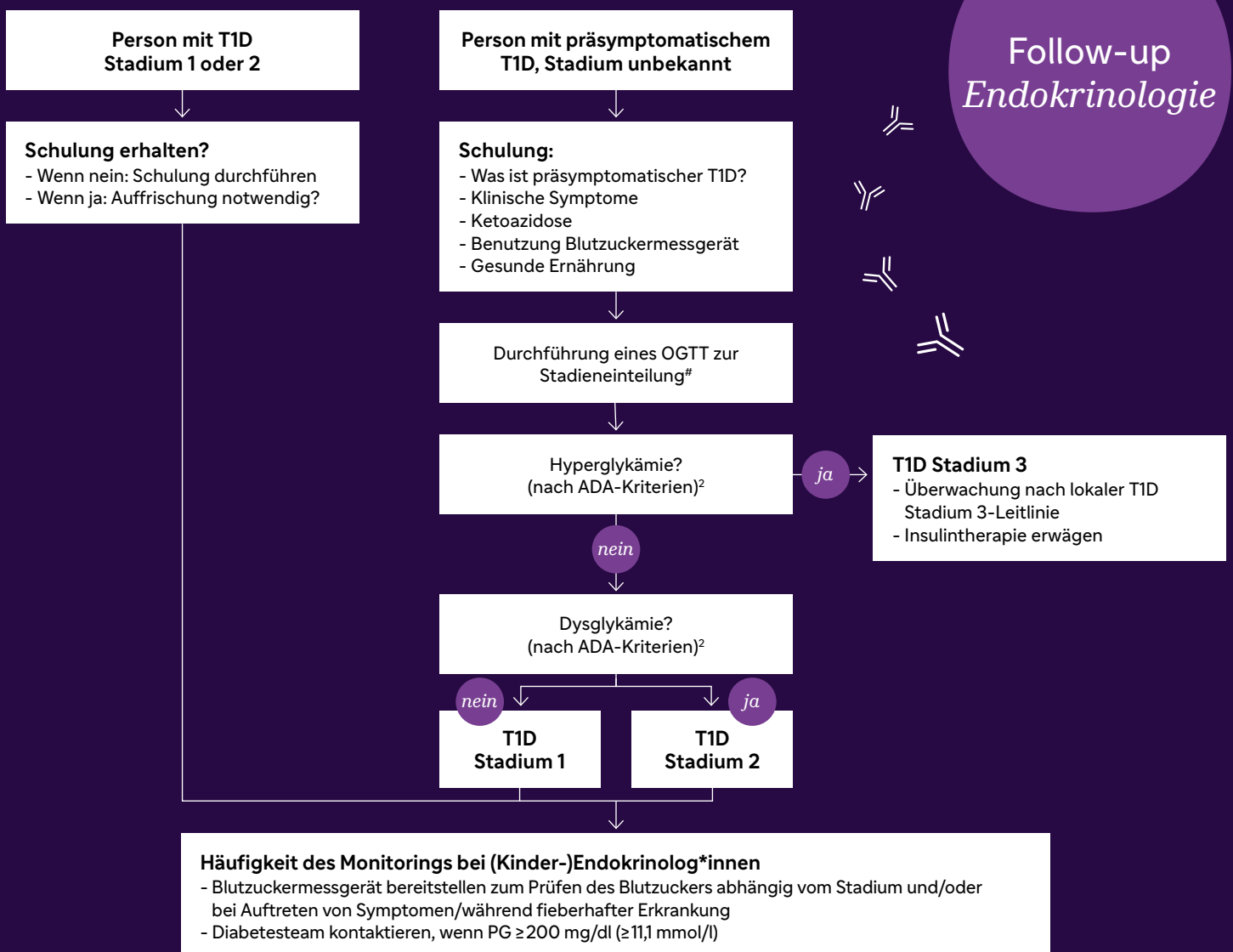
# (Autoimmuner) Typ-1-Diabetes – von *unsichtbar zu unübersehbar* Vorgehensweise bei Patient\*innen mit präsymptomatischem T1D<sup>1</sup>

Ziel der Früherkennung ist es, einer diabetischen Ketoazidose bei Diagnosestellung vorzubeugen und gleichzeitig den besten Zeitpunkt für den Beginn der Insulintherapie zu bestimmen.<sup>1-4</sup>

Dies erfordert eine interdisziplinäre und bundesweite Zusammenarbeit von Hausarzt\*innen, Pädiater\*innen und Endokrinolog\*innen. Früherkennung eröffnet Betroffenen die Chance, sich mit der Diagnose vertraut zu machen, und ermöglicht eine schonende Anpassung an ein Leben mit T1D.<sup>5-7</sup>

Der vorliegende klinische Leitfaden bietet praktische Empfehlungen, wie Personen mit präsymptomatischem T1D im Stadium 1 und 2 auf einfache und sichere Weise überwacht werden können.<sup>1</sup>

## Follow-up – so gehen Sie als (Kinder-)Endokrinolog\*in vor



Blutzuckermessung zu Hause <sup>#</sup>		In der Klinik: Zufalls-PG <sup>§</sup> , HbA <sub>1c</sub> & CGM <sup>†</sup>		Wiederholung des OGTT	
Stadium	Häufigkeit/Alter < 10 J.	Stadium	Häufigkeit/Alter < 10 J.	Stadium	Häufigkeit/Alter < 10 J.
1	nur bei Symptomen	1	1x/Halbjahr	1	alle 1-2 Jahre
2	1x/Monat	2	1x/Quartal	2	wenn HbA <sub>1c</sub> ≥ 6 % (≥ 42 mmol/mol)

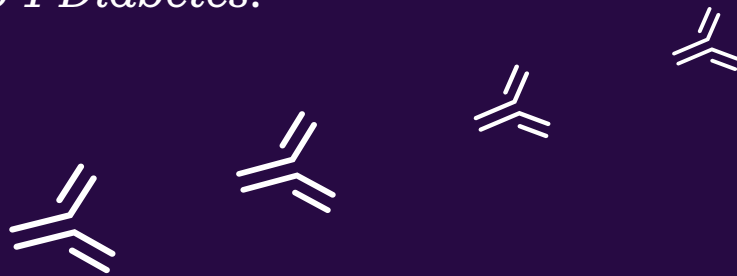
# OGTT bei Kindern < 2 Jahre kann herausfordernd sein, monatliches Monitoring des Blutzuckers zu Hause erwägen nach einer kohlenhydratreichen Mahlzeit als Alternative, bis ein OGTT möglich ist.  
<sup>†</sup> 1-2 Stunden nach einer kohlenhydratreichen Mahlzeit.  
<sup>§</sup> Zwischen Klinikterminen.  
<sup>§</sup> Vorzugsweise nach einer kohlenhydrathaltigen Mahlzeit.  
<sup>†</sup> CGM in Stadium 2 für 10 Tage, wenn möglich; CGM T1D-Kriterien nicht validiert, Interpretation durch Spezialist\*innen.

# ADA-Kriterien zur Einteilung der Stadien bei *T1D* nach Normoglykämie, Dysglykämie und Hyperglykämie<sup>2</sup>

	Normoglykämie (Stadium 1)	Dysglykämie (Stadium 2)	Hyperglykämie (Stadium 3)
<b>Nüchtern- plasmaglukose</b>	NPG < 100 mg/dl ( < 5,6 mmol/l)	NPG 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l)	NPG ≥ 126 mg/dl ( ≥ 7,0 mmol/l)
	oder	oder	oder
<b>Hämoglobin A<sub>1c</sub></b>	HbA <sub>1c</sub> < 5,7% ( < 39 mmol/mol)	HbA <sub>1c</sub> 5,7%–6,4% (39–47 mmol/mol)	HbA <sub>1c</sub> ≥ 6,5% ( ≥ 48 mmol/mol)
	oder	oder	oder
		HbA <sub>1c</sub> ≥ 10 % Erhöhung seit letzter Visite	
		oder	
<b>Oraler Glukosetoleranztest<sup>#</sup></b>	2-h-PG < 140 mg/dl ( < 7,8 mmol/l)	2-h-PG 140–199 mg/dl (7,8–11,0 mmol/l)	2-h-PG ≥ 200 mg/dl ( ≥ 11,1 mmol/l)
			oder
<b>Zufalls- Plasmaglukose</b>			Symptome + PG ≥ 200 mg/dl ( ≥ 11,1 mmol/l)

# Der OGTT sollte mit einer Lösung durchgeführt werden, die das Äquivalent von 75 g wasserfreier, in Wasser gelöster Glukose enthält.

*Sanofi* engagiert sich für ein neues  
Verständnis und eine neue *Perspektive*  
auf *Typ-1-Diabetes*.



#### Abkürzungen:

ADA: American Diabetes Association; CGM: continuous glucose monitoring; kontinuierliches Glukose-Monitoring; J.: Jahre; NPG: Nüchternplasmaglukose; PG: Plasmaglukose; OGTT: oraler Glukose-Toleranz-Test; T1D: Typ-1-Diabetes.

1. Hendriks AEJ *et al. Diabetes Metab Res Rev* 2024; 40: e3777. 2. ElSayed NA *et al. Diabetes Care* 2023; 46 (Suppl. 1): S19–S40. 3. Besser REJ *et al. Pediatr Diabetes* 2022; 23: 1175–87. 4. DDG 2023. S3-Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, AWMF-Registernummer: 057-016. 5. Sims EK *et al. Diabetes* 2022; 71: 610–23. 6. Besser REJ *et al. Arch Dis Child* 2022; 107: 790–5. 7. Smith LB *et al. Pediatr Diabetes* 2018; 19: 1025–33.