

XIX. diabetes-világkongresszus

Fokváros, 2006. december 3–7.

Ez alkalomból több mint 12 000 kongresszusi küldött fogadott Cape Town, Dél-Afrika hárommillió nagyvárosa. A Nemzetközi Kongresszusi Központ a világ egyik legkorszerűbb és minden igényt kielégítő intézménye.

A kongresszus rendezője, a Nemzetközi Diabetes Szövetség (International Diabetes Federation – IDF) céljainak megfelelően, a tudományos programokon túl, nagy hangsúlyt kaptak a cukorbetegség társadalmi vonatkozásai, így a diabetesgondozás a különböző társadalmi fejlettségű országokban; a kezelés anyagi terhei és a szükséges források előteremtésének problémái. Az IDF új elnöke, *Martin Silink* kiemelte az Egyesült Nemzetek Szervezete által is támogatott „*unite for diabetes*” (Összefogás a cukorbetegéért) mozgalom egyetemes fontosságát, amit annak kék gyűrűje is szimbolizál.

A nem kezelt cukorbetegség késői szövődményei igen jelentős terheket rónak a nemzetgazdaságokra.

Különleges élményt jelentett a „diabetesfalu” meglátogatása, ahol a résztvevő országok – köztük a Magyar Diabetes Társaság a Tudomány Kiadóval karöltve – a cukorbetegséggel összefüggő saját adataikat, a jelenlegi helyzet legfontosabb kihívásait mutatták be. Sok kiállító népviseletbe öltözött. *K. Ramaiya*, a Tanzániai Diabetes Társaság elnöke ismertette az „Afrikai diabeteskiáltványt”, amelyet már csak a kongresszus helyszíne miatt is nagy érdeklődés kísért. A „diabetes-világjár-

vány” nem kerüli el Afrikát sem, és a fertőző betegségek mellett további súlyos problémát okoz a kontinensen. A fel nem ismert és a nem kezelt cukorbetegség késői szövődményei igen jelentős terheket rónak az amúgy is fejletlen nemzetgazdaságokra. Még felbecsülni is nehéz az inzulinkészítmények vagy a kezeléshez szükséges anyagi források hiánya miatt meghalt betegek számát. A kiáltvány célja, hogy felhívja a nemzetközi közösség és a politikusok figyelmét a diabetes és kezelésének jelentőségére, valamint arra, hogy ez mindannyiunk feladata és felelőssége.

A sok száz előadás, több mint kétezer poszter és időnként hat párhuzamos szekció komoly feladat elé állította a résztvevőket, így a beszámoló sem törekedhet teljességre. Érdekes volt a „Metabolikus szindróma – sok hűhó semmiért” című vita *M. Stern* és *P. Zimmet*

között. Előbbi hangsúlyozta, hogy mindkét nembeli mexikói amerikai, illetve fehér bőrű személyek hét éves követése során nem találták különösebben előnyösnek a metabolikus szindróma ATP III ajánlás szerinti definícióját az esetlegesen bekövetkező cardiovascularis betegség és a 2-es típusú diabetes előrejelzése tekintetében, összehasonlítva a diabeteskockázati modell és Framingham rizikó-score eredményeivel. *Zimmet* professzor védelmébe vette a metabolikus szindróma IDF ajánlását, szerinte „jelenre vizsgázott” mind a cardiovascularis betegségek, mind a diabetes prevenciója terén. Elismerte az irodalomban zajló vita fontosságát, azonban az nem csökkenti a szindróma jelentőségét a mindennapi klinikai gyakorlatban. A kezelés elsősorban életmódi, a centrális elhízás csökkentésére irányul. A metabolikus szindróma hátterében álló kórfolyamatokkal külön szimpózium foglalkozott, amelyen a téma világszerte ismert szakértői vettek részt. *T. Kadowaki* a zsírsavak által termelt adipokinek közül az adiponectin szerepét hangsúlyozta. Hatására nő az inzulinérzékenység. Elhízás esetén plazmaszintje csökken, és az inzulinrezisztencia fokozódik. Kísérleti körülmények között az adiponectin alacsony plazmaszintje együtt járt az atheroscleroticus folyamatok felgyorsulásával. A tiazolidindionok (pioglitazon és rosiglitazon) képesek növelni az adipokinek plazmaszintjét és receptorainak számát is, így csökken az inzulinrezisztencia és a metabolikus szindrómával együtt járó korai atherosclerosis kockázata is. *S. Haffner* az érlemeszesedés gyulladáso elméletének újabb eredményeit és a C-reaktív protein meghatározásának fontosságát hangsúlyozta.

A WHO/IDF új ajánlását a diabetes és a kóros glükózreguláció diagnózisára *S. Colagiuri* ismertette. Gyakorlatilag érvényben maradtak az emelkedett éhomi vércukorérték, a csökkent glükóztolerancia és a diabetes korábbi diagnosztikus határértékei. Nem fogadták el az Amerikai Diabetes Társaság ajánlását, ami a normális éhomi vércukorértéket 5,6 mmol/l-ben jelöli meg. Ennek alkalmazása növelné azok számát, akiknek éhomi vércukorértéke emelkedettnek minősül, ugyanakkor nem segítené a csökkent glükóztolerancia felismerését. Az éhomi vércukor meghatározása a frissen felismert cukorbeteg 30%-ában hamis eredményt ad, tehát a diabetes diagnózisához a glükózterhelés elvégzése elengedhetetlen. A glikált hemoglobin (HbA_{1c})

meghatározása a gondozás számára fontos vizsgálómódszer, de a diagnózis felállítására nem használható.

Egy finn munkacsoport nevében A. Juutilainen számolt be középkorú, 1-es és 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők szív-érrendszeri halálozásáról 18 éves követés után. Az eredményeket normális szénhidrát-anyagcseréjű személyekével hasonlította össze. A két típus szív-érrendszeri halálozási arányában nem volt különbség, férfiaknál a kockázat négyszeres, míg nők esetében 13-szoros(!) volt a normális anyagcseréjű populációhoz képest. Korábban is köztudott volt a cukorbeteg nők nagyobb esendősége, de ez a magas arány meglepő és elgondolkodtató.

„A betegközpontú gondozás” címet viselő szimpózium a betegfelvilágosítás korszerű szemléletét, a gondozócsoport és beteg közti interakció minőségi jellemzőit taglalta. A korábbi, korszerűtlen felfogás szerint a kommunikáció lényege és célja az információk átadása, azonban ez önmagában nem eredményezte a betegek életmódjának, viselkedésének megváltozását. A modern edukációs elmélet szerint a nonverbális kommunikáció épp olyan fontos, mint a verbális ismeretátadás. A cukorbeteg mintegy 30%-ában depresszió és szorongás észlelhető, amely a sikeres gondozás gátló tényezője lehet. A beteg körülményeinek alaposabb ismerete és a káros pszichoszociális tényezők felismerése elsősorban a speciálisan képzett diabeteseducátor munkatársaktól várható. Munkájuk nyomán az anyagcsere javulhat és a késői szövődmények kialakulásának kockázata csökkenhet, nélkülük a sikeres cukorbeteg-gondozás ma már elképzelhetetlen.

Az elmúlt évek intenzív gyógyszerkutatásának eredményeképpen több új, innovatív gyógyszerek megjelenésére számíthatunk. A 2-es típusú cukorbetegség kezelésére közülük talán az „incretin” csoportba tartozók a leginkább ígéretesek. A vékonybélben termelődő incretinek közül a legfontosabbak a glükagon-szerű peptid-1 (GLP-1) és a glükózdependens inzulinotrop polipeptid (GIP) hormonok. A GLP-1-elválasztás étkezés hatására jelentősen megnő a vékonybélben, amelyet az inzulintermelés és a sejten belüli inzulin-bioszintézis fokozódása, valamint a vércukorszintet emelő glükagon hormonszintjének csökkenése követ. Mindez együttesen jelentősen csökkenti a vércukorszintet, különösen étkezést követően. A GLP-1 hatása a szervezetben hamar lecseng, mert egy enzim, a dipeptidil-peptidáz-4 (DPP-4) gyorsan lebontja. Így a GLP-1 gyógyszerként történő felhasználása nem jön szóba. Sikerült azonban olyan készítményeket (sitagliptin, vildagliptin) előállítani, amelyek a bontó DPP-4 enzimet gátolják, így a GLP-1 és a GIP előnyös hatása hosszú távon érvényesülhet. A készítmények tablettás formában alkalmazhatók. A GLP-1 kedvező hatását a DPP-4 inhibitorok alkalmazásán kívül más módszerrel is sikerült elérni. Egy arizonai óriásgyík, a *Gila monster* nyálából izolált incretintermészetű fehérje, az exendin 4 jelentős mértékben egyezik az emlősök glükagon-szerű peptidjével. Szintetikus változatának neve exenatid, amely injekciós formában 2-es típusú cukorbetegség kezelésére szolgál, és aminek törzskönyve

megtörtént, Amerikában forgalomba került. A fenti készítményekkel kapcsolatos előadásokat és poszterprezentációkat nagy érdeklődés kísérte, a kongresszusi absztraktok száma meghaladta a harmincat. A nemzetközi kongresszusok mindig jó alkalmat teremtenek nagy, multicentrikus vizsgálatok eredményeinek ismertetésére. Az IDF kongresszusán a SERENADE és ADOPT vizsgálatokat várta a hallgatóság a legnagyobb érdeklődéssel.

A SERENADE (Study Evaluating Rimonabant Efficacy in Drug Naive Diabetic Patients) vizsgálat multicentrikus, kettős vak, placebokontrollált összehasonlító elemzés eredményeit mutatta be placebo versus napi 20 mg rimonabant hathavi alkalmazását követően, csak diétával nem megfelelő anyagcserehelyzetben lévő 2-es típusú, gyógyszeres kezelést még nem kapott cukorbeteg esetében. A rimonabant cannabinoid 1 (CB1) típusú receptorblokkoló. Az endocannabinoid receptorcsoport fokozott aktivációja elősegíti a zsírlerakódást a zsír- és izomszövetben, és gátolja a glükózfelvételt. Mindez az inzulinrezisztencia növekedésével és csökkent glükóztolerancia kialakulásával járhat. A CB1 receptorok rimonabanttal történő szelektív gátlása a táplálékbevitel és a testtömeg csökkentésével a szénhidrát- és zsíranyagcsere jelentős javulását eredményezheti. A SERENADE eredményeit J. Rosenstock mutatta be. A hat hónapos kezelést követően az aktív csoportban a HbA_{1c} értéke átlagosan 0,8%-kal, a 8,5%-nál magasabb kiindulási értékű betegek esetében 1,9%-kal csökkent. A kezelt csoport több mint 50%-ában a glikált hemoglobulin értéke a kívánatos 7% alá került. A testsúly átlagosan 6,7 kilogrammally lett kevesebb, míg a placebo csoportban csak 2,7 kg volt a súlycsökkenés. A vérnyomás- és lipidértékek is kedvezően alakultak. A vizsgálat megerősítette azt a korábbi koncepciót, hogy a rimonabant nem „fogyókúrás” gyógyszer, hanem a kórfolyamatok alapvető tényezőire ható hatásos készítmény 2-es típusú diabetes, metabolikus szindróma, obesitas esetén. Hatásmechanizmusát illetően is különbözik a jelenlegi per os antidiabetikumoktól – hangsúlyozta Rosenstock professzor.

Az ADOPT (A Diabetes Outcomes Progression Trial) nemzetközi, hosszú távú, kettős vak, randomizált klinikai vizsgálat. Célja a glykaemiás kontroll tartósságának összehasonlítása rosiglitazon versus metformin vagy glibenclamid kezdő monoterápia mellett, frissen felismert 2-es típusú cukorbeteg körében. A véletlenszerű besorolás alapján a 4360 beteg egyenlő arányban oszlott meg a vizsgálat három ágának megfelelően. A követési idő átlagosan öt év volt. Eredmények: a rosiglitazon-monoterápia lassította a progressz-

Érvényben maradtak az emelkedett éhomi vércukor, a csökkent glükóztolerancia és a diabetes diagnosztikus határértékei.

Az információk átadása önmagában nem eredményezte a betegek életmódjának, viselkedésének megváltozását.

szív vércukorszint-emelkedést a metforminhoz vagy glibenclamidhoz képest mind magasabb (>10 mmol/l), mind alacsonyabb (>7,8 mmol/l) éhomi vércukorszint, mind átlagos glikált hemoglobinszint (HbA_{1c} >7%) figyelembevételénél. Összességében a rosiglitazon hatásosabbnak bizonyult, mint a metformin (a monoterápia-elégtelenség tekintetében a kockázatcsökkenés mértéke 32%-os). Az alcsoport-analízis szerint az előnyös tulajdonságok még kifejezettebbek voltak az idősebb betegek (≥50 éves) és a nagyobb mértékben elhízott betegek (haskörfogat >110 cm) körében. A rosiglitazon hatásosabbnak bizonyult a glibenclamidnál is (63%-os rizikócsökkenés a monoterápia-elégtelenség tekintetében). A mellékhatásokat tekintve a rosiglitazonkezelés mellett testsúlynövekedés, oedema, és nőknél csonttörések fordultak elő. (E tekintetben további vizsgálatok szükségesek.) Metforminkezelés mellett gastrointestinalis mellékhatás-

A 2-es típusú diabetesben jelentkező progresszív vércukorszint-emelkedés késleltethető.

sok, glibenclamidterápia mellett hypoglykaemiás epizódok és testsúlynövekedés fordult elő. A cardiovascularis események előfordulásának kockázata a rosiglitazon- és a metforminkezelés során azonos volt. A glibenclamidterápia mellett a cardiovascularis események kialakulásának kockázata alacsonyabb volt, mint rosiglitazon mellett. A vizsgálok következtetései: a 2-es típusú diabetesben jelentkező progresszív vércukorszint-emelkedés késleltethető. A rosiglitazon bizonyult a leghatásosabbnak, valószínűleg az inzulinérzékenységre és a béta-sejt-funkcióra kifejtett kedvező hatása miatt. A betegség korai szakaszában a rosiglitazon alkalmazása előnyösebb, mint a glibenclamiddal történő kezelés.

A kongresszuson részt vevő honfitársaink aktivitását igazolja az a 16 előadás, illetve poszterprezentáció, amelyeknek mintegy hatvanan szerzői, illetve társszerzői voltak.

Igazi továbbképzési lehetőséget kaptunk. A kongresszus tudományos színvonalát és körülményeit tekintve feledhetetlen volt.

dr. Hidvégi Tibor



HÍR

PARADIGMAVÁLTÁS A FEJ-NYAKI DAGANATOK KEZELÉSÉBEN

Megváltozott diagnosztikus feladatok, új diagnosztikus módszerek

Multidiszciplináris kurzus fül-orr-gégész, fej-nyak sebész, szájsebész, onkológus, patológus, citopatológus, sugárterápiás, radiológus szakorvosok és szakvizsgára készülők részére.

Helyszín: Országos Onkológiai Intézet, 1122 Budapest, Ráth Gy. u. 7–9.

Időpont: 2007. április 6. (péntek) 9.00–17.00

Előzetes program:

A fej-nyak daganatok kezelésének története és a mai modern szemléletváltás kialakulása, szempontjai – dr. Remenár Éva; A képalkotó vizsgálmódszerek hagyományos szerepe, megújult lehetőségei a klinikai probléma megoldásában, fej-nyak daganatoknál. Diagnosztikus algoritmusok – dr. Gődény Mária; A metabolikus képalkotás (PET/CT) lehetőségei – dr. Borbély Katalin; A citológus szerepe, nehézségei a nyaki terimék differenciáldiagnosztikájában – dr. Schneider Tamás, dr. Mágori Anikó; A szövettani vizsgálatok prognózist meghatározó lehetőségei, molekuláris patológia, DNS-alapú diagnózis – dr. Tóth Erika, dr. Szentirmay Zoltán; Intenzitásmodulált radioterápia (IMRT) a fej-nyaki daganatok kezelésében – dr. Lövey József; Multimodális kezelések – alternatív frakcionálási sémák – dr. Takácsi Nagy Zoltán; Kemoterápia alkalmazása, lehetőségei, helye a komplex terápiában – dr. Hitre Erika; Multidiszciplináris értékelés. Arckoponya- és nyaki daganatok elemzése diagnosztikus és terápiás szempontok szerint:

1. Esetek analízise: Primer sebészi terápia és adjuváns kezelés alkalmazása – dr. Boér András, dr. Iványi Emőke, dr. Csáki Gábor, dr. Horváth Katalin, dr. Petri Klára, dr. Manninger Sándor, dr. Mágori Anikó, dr. Tóth Erika; 2. Esetek analízise: Primeren nem sebészi kezelés és salvage sebészi megoldások alkalmazásával – dr. Fülöp Miklós, dr. Koltai Pál, dr. Koltai László, dr. Böcs Katalin, dr. Andi Judit, dr. Schneider Ferenc, dr. Tóth Erika, dr. Takácsi Nagy Zoltán, dr. Hitre Erika; 3. Csapdás esetek, nem várt sikerek és sikertelenség – dr. Remenár Éva, dr. Gődény Mária, dr. Hitre Erika, dr. Lövey József, dr. Tóth Erika.

Szervezők: Országos Onkológiai Intézet, Radiodiagnosztikai Osztály, Fej-Nyak Sebészeti Osztály

Jelentkezés: Kőkúti Katalin, e-mail: garami@oncol.hu, telefon: (1) 224-8751, fax: (1) 224-8741.