

Athleten mit Diabetes mellitus Typ I im Ironman

1 Einführung

Beim Diabetes mellitus kommt es zur Zerstörung speziell der Betazellen der Langerhans-Inseln des Pankreas. Dies führt üblicherweise zu absolutem Insulinmangel. Die Messung des C-Peptids hilft bei der Unterscheidung des Typs I und zeigt, ob eine Restproduktion vorhanden ist. Trotz aller potenziellen Risiken überwiegen folgende Vorteile einer regelmäßigen sportlichen Aktivität bei Diabetes mellitus:

- Verbesserung der Insulinsensitivität,
- Verminderung des kardiovaskulären Risikos,
- Verbesserung der Fibrinolyse/Thrombozytenaggregation,
- Verminderung des Risikos für Herzinfarkt und Apoplex,
- Verbesserung des psychischen Status (Stressmanagement),
- vermehrte Muskelmasse, reduziertes Körperfett,
- mögliche Verbesserung der Blutzuckerkontrolle.

Für Diabetiker ist die genaue Kenntnis des Nährstoffgehalts von Lebensmitteln sehr wichtig. Die Broteinheit (BE) ist ein Maß zur Berechnung der Kohlenhydratmenge für die Kost bei Zuckerkranken (Diabetikern). In Deutschland entsprechen:

- 12 g KH = 1 Broteinheit (Angaben sind gerundet),
- 10 g KH = 1 KHE oder KE (Kohlenhydrateinheit),
- 1 BE = 12 g KH verwertbare Kohlenhydrate.

Zur Abschätzung der Wirkung der Kohlenhydrate gilt, dass 1 BE den Blutzucker um 20-40 mg/dl anhebt. Für die Ernährung im Wettkampf- und Training müssen daher Diabetiker die angebotenen Produkte einordnen.

- 0,3 l Cola = 3 BE,
- 5 Täfelchen Dextro Energen = 2 BE
- Jubin Glukose Gel (Tube 40 g) = 2,6 BE,
- Carrero Beutel (ca. 20 g) = 1 BE,
- Power Bar Power Gel (41g)= ca. 2 BE.

Vor einer sportlichen leistungsorientierten Aktivität wie einem Ironman sollte von einem Diabetologen die Sportfähigkeit attestiert werden und folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- HbA1c 5,5-7,5 %Hb,
- 12 Monate keine schweren Hypoglykämien,

- erhaltene Hypoglykämiewahrnehmung,
- Diabetiker mit ICT/CSII sollten seit mindestens 12 Monate geschult sein eigenständige Therapieanpassung,
- mindestens 4x dokumentierte BZ-Selbstmessung/Tag,
- Fehlen von Folgeerkrankungen,
- Vorliegen einer Ergometrie und Ultraschalluntersuchung,
- augenärztliche Untersuchung,
- keine sonstigen relevanten Erkrankungen sollten vorliegen.

Der Diabetiker hat zwei Möglichkeiten der Stoffwechsellanpassung. Entweder muss die Insulinmenge reduziert werden oder die Menge an zugeführten (schnell resorbierbaren) Kohlenhydraten gesteigert werden. So sollte bei einer einstündigen halbmaximalen Belastung die Zufuhr von 30-40g Glucoseäquivalent oder eine Insulinreduktion von -1 IE Altinsulin je 20 Minuten Sport erfolgen. Aufgrund des Muskelauffülleffekts wird abends eine zusätzliche Zufuhr von 20-30 g langsam resorbierbaren Kohlenhydraten sowie eine nächtliche Blutglucosekontrollen (z. B. 0.00 h und 3.00 h) empfohlen.

Muskelauffülleffekt:

- Die Glykogendepots werden bei körperlicher Aktivität teilweise entleert.
- Nach Beendigung der körperlichen Aktivität werden die Glykogenspeicher wieder aufgefüllt.
- Im Rahmen dieses sog. Muskelauffülleffekts sinkt der Blutzuckerspiegel.
- Wie ausgeprägt oder anhaltend dieser Prozess ist, hängt von der Art, Dauer und Intensität der vorangegangenen Belastung ab.
- Nach extremen Ausdauerbelastungen, z. B. ganztägiger Radtour/Wanderung, bzw. Langstreckenläufen/Marathon kann sich dieser Auffülleffekt über Stunden oder sogar Tage hinziehen.

Daher müssen auch nach Beendigung einer mehrstündigen körperlichen Belastung der Blutzucker unbedingt über einen längeren Zeitraum regelmäßig kontrolliert, die Insulindosis (insbesondere dann auch das Basalinsulin/Basalrate der Insulinpumpe) entsprechend reduziert und die zugeführte Kohlenhydratmenge erhöht werden. Werden beim Sport erhöhte Blutzuckerwerte bei absolutem Insulinmangel > 250 mg/dl festgestellt, muss unbedingt Urinacetone gemessen werden. Der entscheidende Parameter, ob Sport durchgeführt werden darf oder nicht, ist nicht die Höhe des Blutzuckerwerts, sondern das mögliche Vorhandensein von Ketonkörpern.

Sollte der Ketontest positiv (2-3-fach positiv) ausfallen, darf keine körperliche Aktivität ausgeübt werden, da dann eine metabolische Entgleisung im Sinne einer Ketoazidose vorliegt. Es müssen dann sofort alle erforderlichen Maßnahmen zur Therapie der Ketoazidose durchgeführt werden (Insulinkorrektur, ausreichende Flüssigkeitsaufnahme in Form von Wasser, Nahrungskarenz). Liegt der Blutzucker

im Normbereich und werden Ausdauerbelastungen von ca. 30 % der maximalen Leistungsfähigkeit geplant, empfiehlt sich eine Insulindosisreduktion um 2 IE/Std. Ebenso können belastungsabhängig (20 %) bis zu 60 % der Tagesinsulindosis oder eine Zufuhr von 20-30g Glucoseäquivalent pro Stunde Sport erfolgen. Bei kurzfristigen, ungeplanten Aktivitäten bleibt nur die Zufuhr zusätzlicher Kohlenhydrate. Ein Blutzuckerwert vor Sport von ca. 150 mg/dl ist anzustreben.

2 Athleten mit Diabetes Typ I beim Ironman Germany 2005-2007

Da eine Langdistanz-Triathlon eine extreme Herausforderung an die aerobe Ausdauerleistung sowie an den Glukose- und Flüssigkeitshaushalt der Athleten darstellt (2, 3), begleiteten wir von 2005 bis 2007 10 männliche Athleten im Alter von 32-61 Jahren und einer Krankheitsdauer von 2-35 Jahren (Boehnke, S., Poettgen, K., Maser-Gluth, C., Reusch, J., Boehnke, W.H. & Badenhop, K., 2009)

Tab. 1. Teilnehmer und Finisher mit Diabetes Typ 1 über verschiedene Ironmandistanzen

Jahr	Teilnehmer Ironman Frankfurt	Finisher Frankfurt	Ironman 70.3 Wiesbaden	Finisher Wiesbaden
2005	10	9		
2006	5	5		
2007	3	2		
2008	3	2		
2009	4	4	9	8

Für den Wettkampf reduzierten die Athleten die Basalinsulindosis um 30–50 %. Die während des Rennens benötigte Dosis pro 12 g Kohlenhydrate variierte zwischen 0 und 1 Einheit eines schnell wirksamen Insulin-Analogons. Auf der ersten Hälfte der Radstrecke 2005 entwickelten die Athleten unserer Kohorte eine Hyperglykämie. Bei allen neun Teilnehmern kam es während des abschließenden Marathons zu niedrigen Blutzuckerwerten bzw. einer Hypoglykämie, definiert als < 60 mg/dl im Kapillarblut, die bis zur Zielankunft wieder ausgeglichen wurde (Abb. 1). In der Nacht nach dem Wettkampf erfolgte eine Basalinsulin-Reduktion von 20-40 %.

2007 wurde ein transmittergestütztes System getestet, um das Blutzuckermonitoring während des Wettkampfs zu optimieren. Die auf der Radstrecke ermittelten Blutzuckerwerte wurden auf den Computer des im Wettkampfbüro stationierten Mannschaftsarztes übertragen, der dann über Handy mit dem Athleten die Adaptation der Insulindosis sowie der Kohlenhydrataufnahme besprach. Somit konnten die hohen Glukosewerte (kein Wert > 250 mg/dl) auf der Radstrecke begrenzt werden.

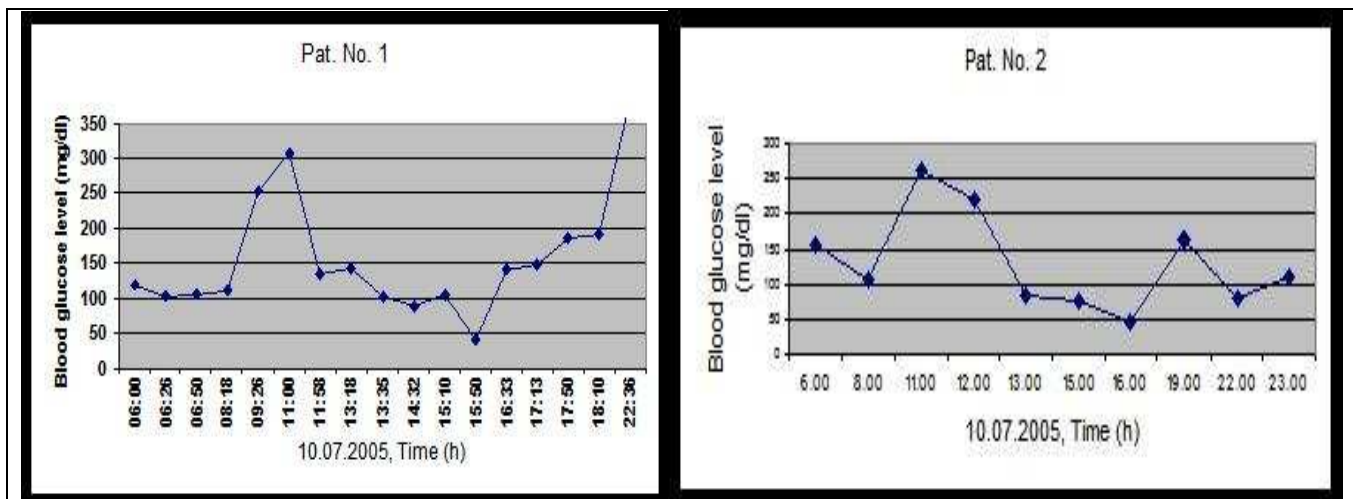


Abb. 1. Typischer Blutzuckerlauf während des Ironman Germany 2005 zweier Athleten mit Typ I-Diabetes. Beim Radfahren wurden hohe BZ-Werte und beim Laufen sehr niedrige bis hin zur Hypoglykämie beobachtet.

2.1 Projekt 2005-2007

- Alle Studienteilnehmer erfüllten die Diagnosekriterien der American Diabetes Association (ADA) bzw. der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).
- Monitoring von 10 Typ I Diabetikern; Alter (32-61).
- Standardisierte Fragen wurden von sechs Athleten vervollständigt.
- BZ-Werte und KH Aufnahme wurden dokumentiert.
- Alle hatten Marathon oder Kurzdistanz-Triathlon Erfahrung.
- Aktuelle Therapie: Intensivierte (ICT) (3/6 Injektionen, 3/6 Insulin Pumpe). Insulinsekretion differierte von nicht nachweisbarem Level des C-Peptid (3/6) bis zu Restfunktionen der Pankreas (3/6).

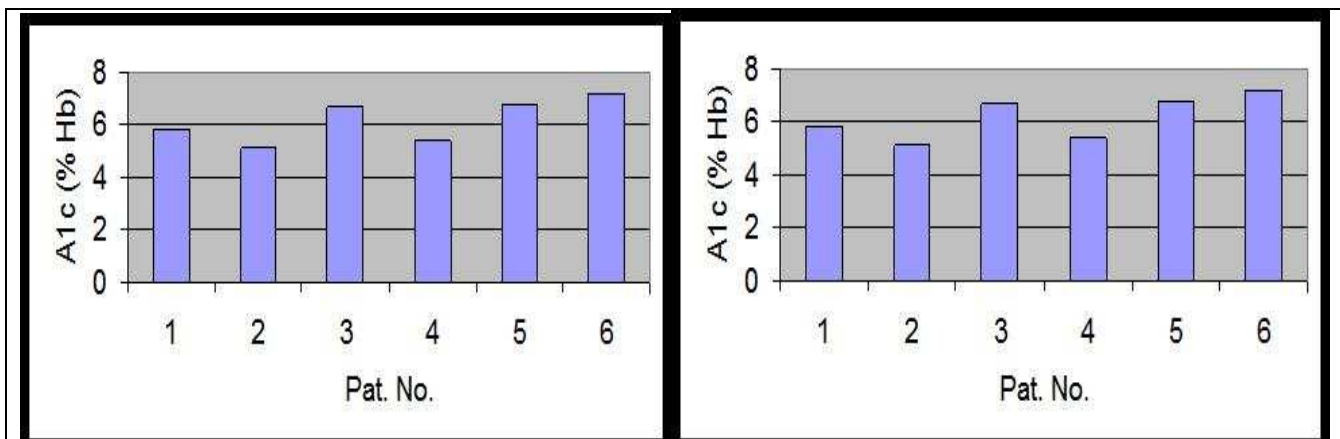


Abb. 2. HbA1-Werte der Athleten mit Typ I-Diabetes und Dauer der Erkrankung beim Ironman Germany 2005

2.2 Ergebnisse 2005

- 9 von 10 Athleten erreichten das Ziel (10:45 - 14:53h).
- (94 % Gesamtfinisherrate Ironman).
- 1l/h Flüssigkeitsaufnahme (13 Liter im Durchschnitt).

- 24-48 g KH wurden pro Stunde aufgenommen, Gesamtaufnahme ca. 540g KH.
- Reduktion der basalen Insulinzufuhr bei Athleten mit Insulinpumpen 30-50 %, für andere Athleten Basalinsulingabe-Reduktion um 70 %.
- Insulindosierung für 12 g KH variierte von 0,5-1 Units von Sofortinsulin.
- Die Athleten unserer Kohorte entwickelten eine Hyperglykämie auf der ersten Hälfte der Radstrecke.
- Bei allen 9 Teilnehmern kam es während des abschließenden Marathons zu niedrigen BZ-Werten bzw. einer Hypoglykämie, definiert als < 60 mg/dl im Kapillarblut, welche zur Zielankunft wieder ausgeglichen war (Abb. 1).
- In der Nacht nach dem Wettkampf erfolgte eine Basalinsulin-Reduktion von 20-40 %.
- 6 von 6 Athleten zeigten beim Marathon niedrige Glucosewerte (Hypoglykämie; niedrigster Wert 49 mg/dl).
- 3 von 9 Finishern erhielten Infusionen wegen klinischer Zeichen einer Dehydration (im Gesamtteilnehmerfeld waren es 27 %).
- Abdominale Beschwerden traten bei 5 von 6 Athleten auf sowie bei 2 von 6.
- Muskelkrämpfe beim Radfahren.
- Gesamtfeld: Bei 1843 Starter wurden 56 medizinische Behandlungen mit abdominalen Störungen oder Erbrechen registriert.
- Damit scheinen die Probleme bei Diabetikern höher zu sein.

2.2 *Hormonprofile während des Wettkampfs*

2006 wurden hormonelle Einflüsse an fünf diabetischen Athleten und fünf altersgleichen nicht-diabetischen Athleten untersucht. Beide Gruppen zeigten ähnliche Hormonprofile. Der Anstieg von Kortisol, ACTH, Katecholaminen und hGH als Zeichen einer Stressreaktion der hypothalamischhypophysären sowie der hypophysär-adrenalen Achse ist als Effekt von Ausdauertraining zu werten (Urhausen, A., Gabriel, H. & Kindermann, W., 1995). Der Abfall des Testosterons nach dem Rennen wird ebenfalls nach großen Trainingsumfängen und Langdistanzwettkämpfen beschrieben. (Fernandez-Garcia, B. et al., 2002).

3 **Ironman Germany 2006 – Diabetes & Hormone**

Fünf Athleten mit Diabetes mellitus Typ I und fünf gesunde Kontrollen wurden im Rahmen des Ironman Germany Triathlon 2006 untersucht. Es wurden ein standardisierter Fragebogen ausgefüllt, Blutzucker gemessen und die Kohlenhydrataufnahme erfasst. Zudem wurden Hormone in Blut und Speichel einen Tag vor, während und unmittelbar nach dem Wettkampf bestimmt.

3.1 *Ergebnisse:*

- Das Alter variierte zwischen 34-43 Jahren.
- Die Diabetesdauer betrug 2-35 Jahre (Abb. 2).
- HbA1c-Werte lagen zwischen 5,8 und 7,8 %Hb (Abb.2).

- Alle verwendeten die Intensivierte Therapie (4/5 ICT, 1/5 CSII/ Pumpe).
- Kein Diabetiker wies diabetische Folgeerkrankungen auf.
- Alle Athleten finishten.
- Die Zeiten erstreckten sich von 10:25 bis zu 11:49 h und deckten sich somit mit dem gesamten Feld.
- Der durchschnittliche Flüssigkeitsverbrauch lag bei 1,5-2 l/h.
- Die Reduktion des Basalinsulins am Wettkampftag betrug bis zu 40 %.
- ACTH und Cortisol stiegen in Serum und Speichel an, zeigten aber deutlich unterschiedliche Stresslevel, ebenso wie HGH und Katecholamine.
- Das Speichelcortisol korrespondierte mit den Serumwerten.
- Die Testosteronspiegel nach dem Wettkampf waren überwiegend vermindert.
- Renin und Aldosteron zeigte bei drei Athleten mit langer Diabetesdauer keinen adäquaten Anstieg.
- In der gesamten Gruppe trat keine Hyponatriämie auf.
- (Diabetiker 138-144 mmol/l; Nicht-Diabetiker 140-147 mmol/l).
- Die Testosteron/Cortisol-Ratio scheint mit der Leistungsfähigkeit zu korrelieren.

Der höchste Quotient fand sich bei einem nichtdiabetischen Athleten, welcher von den hier untersuchten Teilnehmern die schnellsten Rennzeiten aufwies und sich für die Weltmeisterschaft auf Hawaii qualifizieren konnte. Den niedrigsten Quotienten wies ein diabetischer Athlet mit vergleichsweise schlechter Blutzucker-Einstellung auf (84,9 vs. 14,1).

4 Ironman Germany 2007 – Blutzucker-Monitoring

- Ziel: Optimieren des Blutzucker-Monitoring während des Wettkampfs.
- Test eines transmittergestützten Systems.
- Auf der Radstrecke: Blutzuckerwerte wurden auf den Computer des im Wettkampfbüro stationierten Mannschaftsarztes übertragen, der dann über Handy mit dem Athleten die Adaptation der Insulindosis sowie der Kohlenhydrataufnahme besprach.
- Die in den Jahren zuvor aufgetretenen hohen Glukosewerte beim Radfahren wurden verringert (kein Wert > 250 mg/dl).
- In der Regel genügte eine geringgradige Insulin-Dosisanpassung von wenigen Einheiten.

Literatur

Boehnke, S., Poettgen, K., Maser-Gluth, C., Reusch, J., Boehnke, W.H. & Badenhop, K. (2009). Endurance capabilities of triathlon competitors with type 1 diabetes mellitus. *Dtsch Med Wochenschr.*, 134 (14):677-82.

Fernandez, Garcia, B.; Lucia, A.; Hoyos, J., Chicharro, I. L.; Rodrigez-Alonso, M.; Ban-Dres, F.; Terrados, N. (2002). The response of sexual and stress hormones of male pro-cyclists during continuous intense competition. *Int J Sports Med*, 23 (8): 555-560.
Urhausen, A., Gabriel, H. & Kindermann, W. (1995). Blood hormones as markers of training stress and exercise. *Sports Med*, 20 (4): 251-276.

Autorenkontakt:

Dr. Klaus Pöttgen
Hobrechtstrasse 26
64285 Darmstadt
E-Mail: klaus@drpoettgen.de