

04/2025

Association  
Luxembourgeoise  
du Diabète

Périodique

paraît 4 fois/an

Prix: 5€

Gratuit pour les  
membres de l'ALD

ald

association  
luxembourgeoise  
du diabète



### Aus der Wëssenschaft

Zelltherapie  
bei Diabetes

### Gesond lessen

Alimentation et  
performance  
cognitive

### Weltdiabeetesdag

Diabète et bien-être  
au travail

# Sommaire

|                 |   |
|-----------------|---|
| Editorial ..... | 3 |
|-----------------|---|

## Aus der Wëssenschaft

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Thérapie cellulaire pour guérir le diabète: futur proche? .....                | 5  |
| Zelltherapie zur Heilung von Diabetes: nahe Zukunft? .....                     | 9  |
| Innovation dans le domaine du diabète et du traitement de l'obésité .....      | 13 |
| Innovation in der Diabetologie und Adipositasstherapie .....                   | 17 |
| La voix des patients : un levier pour l'amélioration du système de santé ..... | 20 |

## Gesond lessen

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Alimentation et performance cognitive .....      | 23 |
| Ernährung und kognitive Leistungsfähigkeit ..... | 27 |

## Rezeptsäit

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Galettes de chou-fleur .....                                | 30 |
| Butternut-Kürbis gefüllt mit Ziegenkäse und Kastanien ..... | 31 |

## Internes aus der ALD

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Journée mondiale du diabète - Weltdiabetesdag ..... | 33 |
| Remerciements .....                                 | 35 |

## Vu Mënsch zu Mënsch – Diabeetes hautno

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Interview mam Caroline – sweet.caromell.type2 ..... | 36 |
|-----------------------------------------------------|----|

## Impressum

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comité de rédaction: | Andrade Catarina, Dell'Aera Sabrina, Durbach Jessica, Haller Kerstin, Humblot Anais, Keipes Marc, Kinsoen Françoise, Paquet Sylvie, Sancho Elisabete, Schmit Alexandra, Schumacher Delphine, Tavernier Martine<br>La rédaction n'est pas responsable du contenu des annonces publicitaires. |
| Éditeur:             | Association luxembourgeoise du diabète a.s.b.l.<br>143, rue de Mühlenbach - L-2168 Luxembourg<br>Tél.: 485361<br>C.C.P. IBAN LU95 1111 0215 7238 0000<br>Agrément SANTE 2019/03                                                                                                             |
| Layout:              | Caroline Graas                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Impression:          | Service imprimerie, Ateliers du Tricentenaire                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tirage:              | 1500 exemplaires                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Photo couverture:    | istock                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Photos:              | ALD, istock                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# Editorial



De 14. November ass nees de Weltdiabeetesdag, dëst Joer an der zweeter Etapp vum Thema fir den Zäitraum 2024 bis 2026: *Diabeetes a Wuelbefannen*. Besonnesch am Fokus steet dëst Joer de Berufsalltag. Mat engem besseren Zougang zu enger adaptéierter Gesondheetsversuergung an Ënnerstëtzung fir d'Wuelbefannen, kréien d'Leit mat Diabeetes d'Chance, och an der Aarbechtswelt e gesond a motivéiert Liewen ze féieren.

An dëser Ausgab bidde mir lech eng Rei spannend Artikelen zum Thema Innovatioun: Als éischt, eng Iwwersiicht iwwert déi mediatiséiert Zelltherapie als zukünfteg Méiglechkeet fir Typ-1-Diabeetes ze behandelen.

D'Innovatiounen am Beräich vun de Medikamenter géint Diabeetes an Adipositas, ginn an engem zweeten Artikel beliicht.

Wat de Patient als Partner am Gesondheetssystem ka bäidroen, kënnt Dir an engem weideren Artikel lesen.

Wéi d'Ernährung d'Leeschtungsfäegkeet vum Gehier beaflosst a wéi eng Ernährungstrend do kéinten a Fro kommen, sinn e weidert Thema, illustréiert duerch kulinarisch Rezeptiddien fir den Hierscht.

An der Rubrik „Hautno“ kréie mir en Temoignage vum Caroline, enger jonker Fra, déi mat engem Typ-2-Diabeetes leeft an hier Erfarungen iwwer Social Media deelt.

Mir wënschen lech eng schéin Zäit beim Liesen an hoffen, lech bei eisen Aktivitéiten am Kader vum Weltdiabeetesdag ze begéinen.

Le 14 novembre marque à nouveau la Journée mondiale du diabète, cette année avec la deuxième étape du thème 2024-2026 : *Diabète et bien-être*. L'accent est mis en particulier sur la vie professionnelle. Un meilleur accès à des soins adaptés et un soutien au bien-être aident les personnes vivant avec le diabète à mener une vie saine et motivée, y compris dans leur travail.

Dans ce numéro, nous vous proposons une série d'articles passionnants sur le thème de l'innovation : en premier, un aperçu des thérapies cellulaires, sujet très médiatisé comme possibilité future pour traiter le diabète.

Les innovations dans le traitement médicamenteux du diabète et de l'obésité sont illustrées dans un deuxième article.

Un prochain article explique quel rôle le patient partenaire peut jouer dans notre système de santé.

Un autre thème aborde l'influence de l'alimentation sur les performances du cerveau, avec un regard sur les tendances alimentaires actuelles, illustré par quelques idées de recettes d'automne.

Dans la rubrique „Hautno“, vous découvrirez le témoignage de Caroline, une jeune femme vivant avec un diabète de type 2 et qui partage ses expériences sur les réseaux sociaux.

Nous vous souhaitons une agréable lecture et espérons vous retrouver lors de nos activités autour de la Journée mondiale du diabète.



conçu pour  
vous offrir  
toujours plus

G7

### PLUS DE CONFORT<sup>†</sup>

Le capteur tout-en-un Dexcom G7 est 60 % plus compact que son prédécesseur<sup>†</sup> et vous accompagne à chaque moment en toute discrétion.

### PLUS DE TEMPS D'ACTIVITÉ

Le capteur Dexcom G7 offre un préchauffage 2 fois plus rapide que n'importe quel autre système de SGC du marché.<sup>‡</sup>

### SANS PIQÛRE AU DOIGT\* ET SANS SCAN\*

Le capteur Dexcom G7 transmet directement vos taux de glucose à votre smartphone<sup>§</sup>, à votre montre connectée<sup>§</sup> ou à votre récepteur Dexcom.

Le système Dexcom G7 vous donne le pouvoir de gérer efficacement votre diabète en toute simplicité, grâce à un capteur tout-en-un compact et à une application mobile entièrement repensée.<sup>§</sup>

**dexcom**G7

Rendez-vous sur **Dexcom.com**  
pour en savoir plus.

\*Si les alertes et mesures de glucose de votre système de SGC Dexcom ne correspondent pas à vos symptômes ou attentes, utilisez un glucomètre pour prendre toute décision relative au traitement de votre diabète.

†Par rapport à un système de SGC Dexcom de génération antérieure. Les patients ont déclaré que 95 % des capteurs Dexcom G7 essayés étaient agréables à porter (inconfort léger ou absence d'inconfort).

‡La phase de préchauffage du capteur Dexcom G7 dure moins de 30 minutes, tandis que les appareils de SGC d'autres marques nécessitent jusqu'à une heure ou plus.

§ Appareils intelligents compatibles vendus séparément. Pour une liste de tous les appareils intelligents compatibles, rendez-vous sur [dexcom.com/compatibility](https://dexcom.com/compatibility).

Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom G6, Dexcom G7 et Dexcom Share sont des marques commerciales ou des marques déposées aux États-Unis et peuvent être enregistrées dans d'autres pays.  
© 2022 Dexcom, Inc. Tous droits réservés. LBL-1005127 Rev001

# Thérapie cellulaire pour guérir le diabète: futur proche?

Le diabète oblige encore aujourd'hui des millions de personnes à dépendre d'injections quotidiennes d'insuline. Mais de récentes avancées scientifiques changent la donne : grâce à la thérapie cellulaire, des chercheurs ont réussi à reprogrammer ou greffer des cellules capables de produire de l'insuline naturellement. Certains patients ont même pu arrêter leurs injections pendant plusieurs années. Un espoir inédit qui rapproche la médecine d'un véritable traitement durable du diabète.

Ces avancées ne signifient pas encore qu'un remède universel est à portée de main — de nombreux défis techniques, immunitaires et de sécurité restent à surmonter — mais elles marquent une étape importante vers une médecine du diabète où le corps pourrait produire sa propre insuline à nouveau, au lieu de la recevoir comme médicament.

## Un peu d'histoire

Il y a plus de 100 ans, l'insuline a été découverte et a changé la vie des personnes diagnostiquées avec un diabète. Depuis ce progrès majeur, de nombreux changements ont été observés avec, en outre, des progrès technologiques considérables au cours des deux dernières décennies : nouvelles pompes à insuline, capteurs plus performants et différents algorithmes permettant de les combiner dans des systèmes automatisés d'administration d'insuline (AID ou boucle fermée hybride). Les résultats métaboliques et la qualité de vie rapportées se sont nettement améliorées. L'autogestion 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et les nombreuses décisions à prendre pour administrer les doses correctes d'insuline restent néanmoins essentielles.

## Le diagnostic précoce : quel intérêt ?

Grâce à des études familiales et des recherches auprès de la population générale, on a maintenant la possibilité de détecter des marqueurs sanguins (des auto-anticorps) qui permettent d'identifier le diabète à un stade précoce, avant même l'apparition des symptômes cliniques. Le diagnostic précoce du diabète auto immunitaire (en stade 1 ou 2, soit la présence des auto-anticorps respectivement sans ou avec dysglycémies) peut contribuer à la prévention des symptômes



sévères au diagnostic (acidocétose p.ex.). Cela ouvre également la voie à des recherches de l'effet de produits immunomodulateurs, c.a.d. des médicaments qui influencent le système immunitaire et retardent la destruction des cellules bêta pancréatiques.

En conséquence, le début du traitement par l'insuline pourrait être retardé de plusieurs années. Il s'agit toutefois d'un retard dans le début du traitement et non d'un remède.

L'objectif ultime reste un monde sans diabète, sans besoin d'administrer d'insuline.

## Les transplantations : un nouvel espoir

Si pour le moment, la prévention complète de la destruction des cellules bêta pancréatiques n'est pas encore possible, on doit envisager le remplacement des cellules bêta des îlots pancréatiques.

Les transplantations pancréatiques sont déjà utilisées depuis les années 80. Au départ, ces transplantations étaient réservées aux personnes avec un diabète qui avaient besoin d'une greffe de rein, pour laquelle une immunosuppression chronique était de toute façon nécessaire.

Dans les années 90, la technologie permettant d'isoler les îlots de Langerhans des donneurs de pancréas s'est améliorée. La transplantation de l'organe complet a été alors remplacée par la transplantation d'îlots de Langerhans (initialement à nouveau avec la greffe de rein). L'objectif du traitement était l'indépendance vis-à-vis de l'insuline, et cet objectif a été atteint chez environ 30 à 40 % des personnes transplantées.

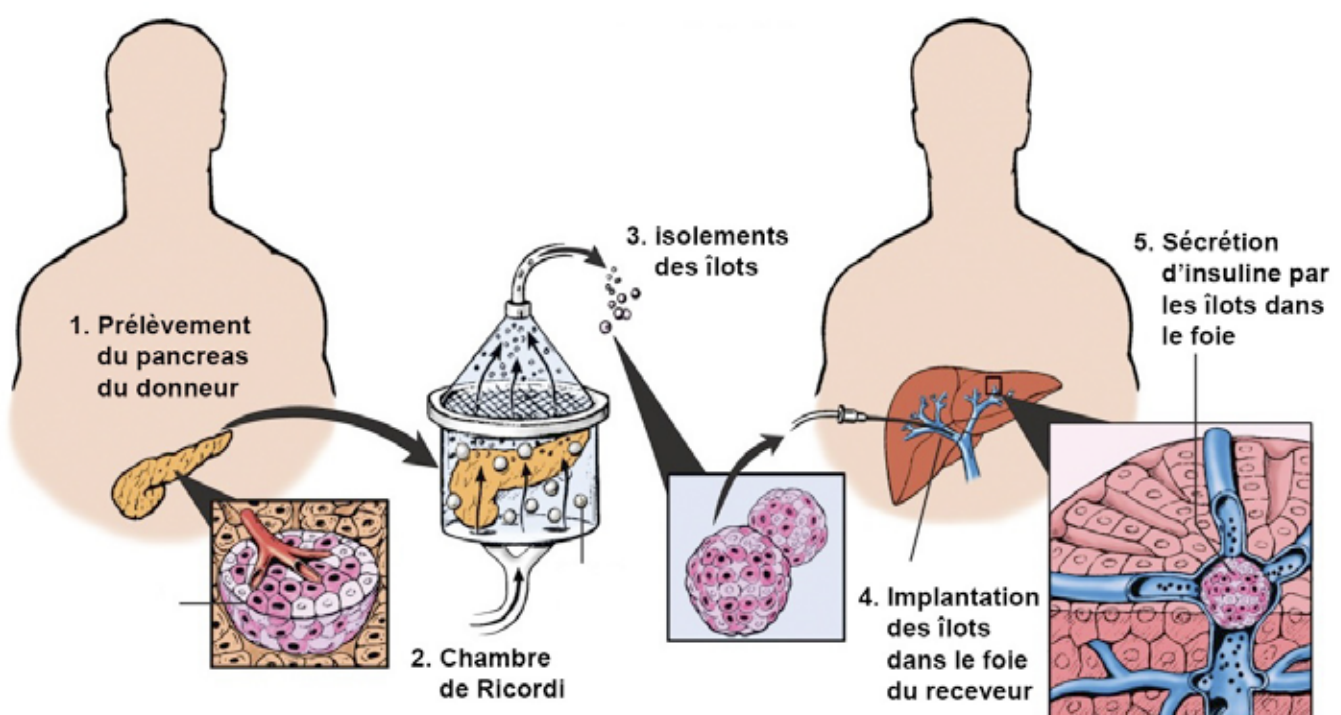
Les îlots seuls, sans greffe rénale, ont constitué l'étape suivante, offrant plus de liberté quant à l'emplacement de la greffe (les îlots pouvaient être injectés plus facilement dans une extrémité, dans

le foie, dans l'épiploon (replis du péritoine), etc...). L'immunosuppression reste nécessaire à vie avec les risques y associés. Le taux de réussite pour atteindre l'indépendance vis-à-vis de l'insuline est de 44 à 90 % et l'impact à long terme de ces transplantations d'îlots pancréatiques de donneurs reste positif, même au-delà du fait de ne plus avoir besoin d'insuline ou d'en réduire la quantité.

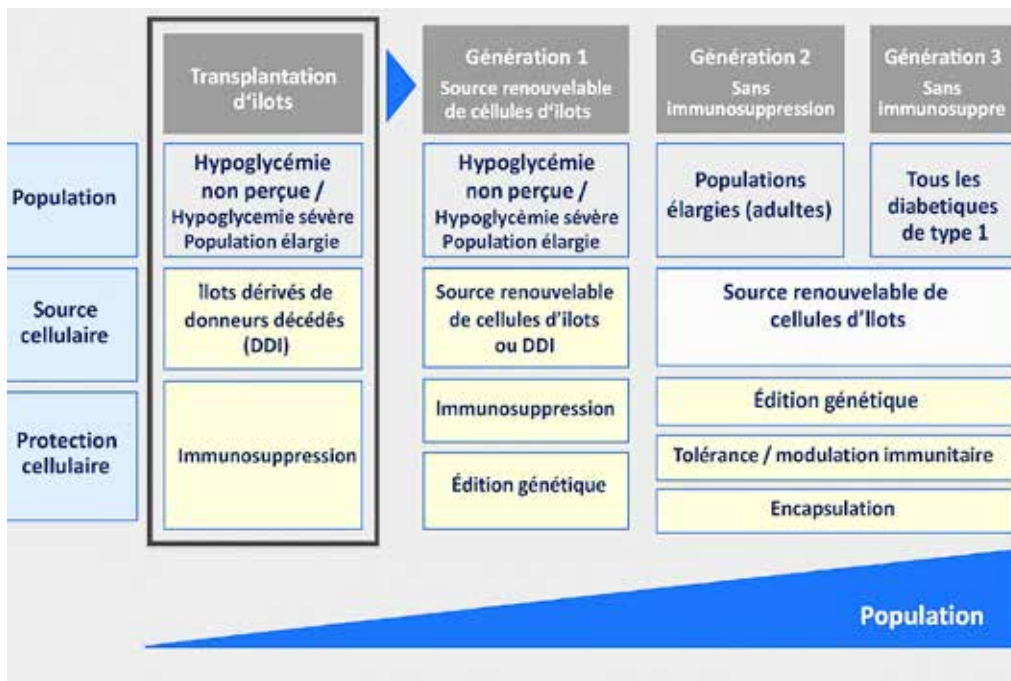
Il faut garder en tête que l'objectif ultime du traitement est certes de permettre l'absence d'administration d'insuline, mais l'idéal, serait l'absence de tout autre médicament (médicament immunosuppresseur e.g), potentiellement plus nocif que le traitement à l'insuline.

Pour atteindre cet objectif, différentes questions scientifiques complexes doivent être discutées (tableau 1) :

- Où et comment peut-on obtenir suffisamment d'îlots pour normaliser l'équilibre glycémique ? Existe-t-il une source cellulaire renouvelable ?
- Quel est le meilleur emplacement anatomique pour les insérer ? Un accès à la fois bien vascularisé, facile et safe ?
- Quelle est la stratégie de protection immunitaire acceptable ?



© Diabetes Research Institute, University of Miami / artist: Robert Margulies



**Référence Tableau 1**

Marinac M et al Future Directions and Clinical Trial Considerations for Novel Islet  $\beta$ -Cell Replacement Therapies for Type 1 Diabetes. Diabetes. 2025 Sep 1;74(9):1452-1463. doi: 10.2337/dbi24-0037. PMID: 40663698.

Au départ, seuls des donneurs humains de pancréas ont été utilisés, ce qui constitue un facteur limitant. Aujourd'hui, les cellules souches pluripotentes humaines peuvent être reprogrammées pour se différencier en cellules d'îlots et en pseudo-îlots. Des études sont en cours pour tester les différentes procédures et les résultats en termes de sécurité et d'efficacité de ces cellules.

On utilise également une technologie innovante, l'édition génétique CRISPR/Cas9\*, pour voir si elle peut modifier la réaction du système immunitaire contre ces îlots fabriqués à partir de cellules souches, et ainsi éviter ou réduire le besoin de traitements immunosuppresseurs. Si cette approche s'avère sûre et efficace, ce serait une avancée majeure.

(\***CRISPR-Cas9**, outil qui agit comme des "ciseaux moléculaires" capables de couper l'ADN à un endroit précis et de réécrire le code génétique de façon ciblée et précise)

Les îlots pancréatiques porcins, qui étaient autrefois la source de production d'insuline, pourraient constituer une autre source d'îlots.

Différentes options ont été publiées concernant l'emplacement où insérer les îlots, et des analyses supplémentaires sont encore nécessaires. Il se peut qu'il n'y ait pas d'emplacement unique adapté à tous les cas, et que des emplacements différents soient nécessaires pour différents groupes d'âge ou différentes sources de cellules.

Enfin, la considération la plus importante est le contrôle des réactions immunitaires, que ce soit le rejet des îlots implantés ou bien la rechute de la maladie auto-immune...

Jusqu'à présent, aucune encapsulation ni modification génétique n'a permis d'arrêter l'immunosuppression. Cela reste un obstacle majeur, qui doit être surmonté pour rendre ce traitement sûr et accessible à tous.

Aujourd'hui, les traitements cellulaires ne sont pas encore disponibles pour les personnes atteintes de diabète sous insuline. Mais ils sont actuellement testés dans des indications médicales très spécifiques, par exemple chez certains adultes ne ressentant plus leurs hypoglycémies. Cela s'explique parce que les techniques d'encapsulation ne fonctionnent pas parfaitement et qu'il est nécessaire de recourir à une immunosuppression, ce qui comporte des contraintes importantes.

Mais l'avance technologique d'aujourd'hui, renforcée par les innovations au niveau du dépistage précoce et au niveau du gene editing (technologies pour réécrire le code génétique de façon ciblée et précise), donne de l'espoir pour le futur.

Dr Carine De Beaufort



## Votre diabète surveillé en toute simplicité.

Le système FreeStyle Libre mesure votre taux de glucose en temps réel et en continu, à tout moment<sup>1</sup>, afin que vous puissiez prendre des décisions plus éclairées<sup>2</sup> quant à votre diabète.

Le progrès continue.

Plus d'information sur [myFreeStyle.lu](https://myFreeStyle.lu)



Découvrez FreeStyle Libre

**1.** Lors de sa pose, un temps d'attente de 60 minutes est requis pour le démarrage du capteur. **2.** Fokkert, M. BMJ Open Diab Res Care (2019): <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-000809>.

Les données et les images sont simulées à titre d'illustration. Il ne s'agit pas de vraies données, ni de vrais patients ou professionnels de la santé.

Les applications FreeStyle Libre ne sont compatibles qu'avec certains appareils mobiles et systèmes d'exploitation. Veuillez consulter [www.myFreeStyle.lu](https://www.myFreeStyle.lu) pour plus d'informations sur la compatibilité des appareils avant d'utiliser les applications. L'utilisation des app FreeStyle Libre peut nécessiter une inscription à LibreView.

© 2025 Abbott. Le boîtier du capteur, FreeStyle, Libre, et les marques commerciales associées sont des marques d'Abbott. Les autres marques sont la propriété de leurs propriétaires respectifs. iPhone et App Store sont des marques commerciales d'Apple Inc. Android et Google Play sont des marques commerciales de Google LLC. ADC-108684 v1.0



# Zelltherapie zur Heilung von Diabetes: nahe Zukunft?

Diabetes zwingt auch heute noch Millionen von Menschen zu täglichen Insulininjektionen. Doch jüngste wissenschaftliche Fortschritte verändern die Lage: Dank Zelltherapie ist es Forschenden gelungen, Zellen so umzuprogrammieren oder zu transplantieren, dass sie auf natürliche Weise Insulin produzieren. Einige Patientinnen und Patienten konnten ihre Injektionen sogar über mehrere Jahre hinweg absetzen. Eine neue Hoffnung, die die Medizin einem wirklich dauerhaften Diabetes-Behandlungsansatz näherbringt.

Diese Fortschritte bedeuten noch nicht, dass ein universelles Heilmittel in greifbarer Nähe ist – zahlreiche technische, immunologische und sicherheitsrelevante Herausforderungen sind weiterhin zu bewältigen – doch sie markieren einen wichtigen Schritt hin zu einer Diabetologie, in der der Körper wieder eigenes Insulin produziert, anstatt es als Medikament zu erhalten.

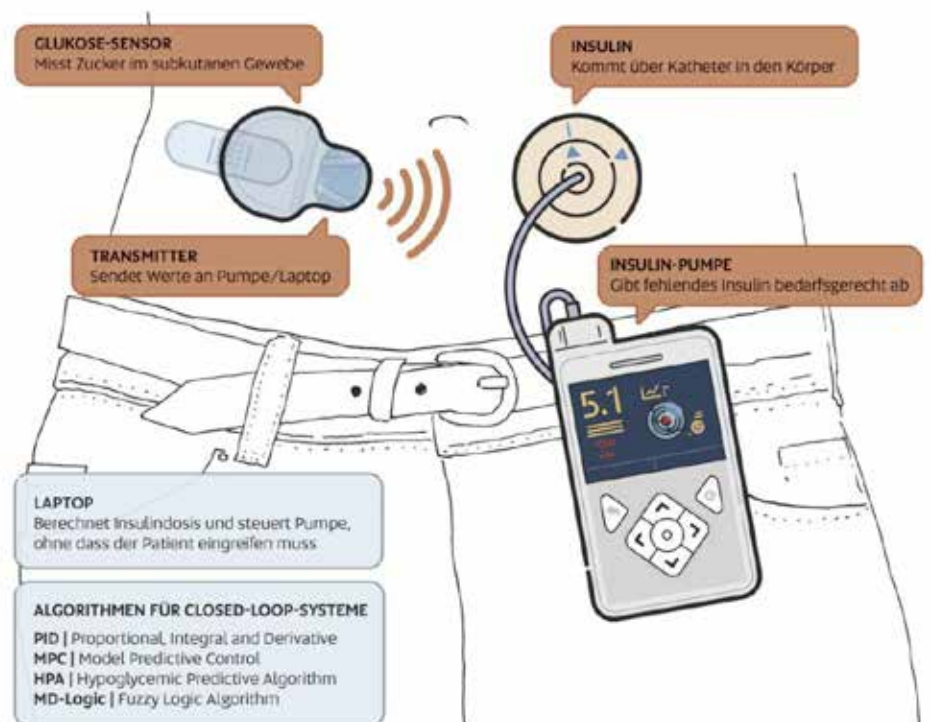
## Ein wenig Geschichte

Vor mehr als 100 Jahren wurde Insulin entdeckt – ein Durchbruch, der das Leben von Menschen mit Diabetes grundlegend veränderte. Seither gab es viele Entwicklungen, und insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten enorme technologische Fortschritte: neue Insulinpumpen, leistungsfähigere Sensoren und verschiedene Algorithmen, die beides in automatisierten Systemen zur Insulinabgabe (AID, auch Hybrid-Closed-Loop) kombinieren. Stoffwechselergebnisse und Lebensqualität haben sich deutlich verbessert. Dennoch bleiben das 24/7-Selbstmanagement und die vielen Entscheidungen, die zur richtigen Dosierung nötig sind, zentral.

## Früherkennung: Welcher Nutzen?

Durch Familienstudien und bevölkerungsweite Forschung können heute Blutmarker (Autoantikörper) erkannt werden, die Diabetes in einem frühen Stadium identifizieren – noch bevor klinische Symptome auftreten. Die frühe Diagnose des autoimmunen Diabetes (in Stadium 1 oder 2, d. h. das Vorhandensein von Autoantikörpern

ohne bzw. mit Dysglykämien) kann helfen, schwere Symptome bei Diagnosestellung (z. B. Ketoazidose) zu vermeiden. Sie eröffnet außerdem die Untersuchung immunmodulierender Therapien, also von Medikamenten, die das Immunsystem beeinflussen und die Zerstörung der pankreatischen Betazellen verzögern.



In der Folge könnte der Beginn einer Insulintherapie um mehrere Jahre hinausgezögert werden. Es handelt sich jedoch um eine zeitliche Verzögerung des Therapiebeginns – nicht um eine Heilung.

Das übergeordnete Ziel bleibt jedoch eine Welt ohne Diabetes, ohne die Notwendigkeit zur Insulingabe.

### Transplantationen: neue Hoffnung

Solange eine vollständige Verhinderung der Zerstörung der Betazellen nicht möglich ist, muss über einen Ersatz der Betazellen der Langerhans-Inseln nachgedacht werden.

Pankreastransplantationen werden bereits seit den 1980er-Jahren durchgeführt. Anfangs waren sie Menschen mit Diabetes vorbehalten, die zusätzlich eine Nierentransplantation benötigten – für die ohnehin eine lebenslange Immunsuppression erforderlich war.

In den 1990er-Jahren verbesserte sich die Technologie zur Isolierung der Langerhans-Inseln aus Spenderbauchspeicheldrüsen. Die Transplantation des ganzen Organs wurde daraufhin durch die Transplantation isolierter Inselzellen ersetzt (zunächst wiederum zusammen mit einer Nierentransplantation). Ziel war die Unabhängigkeit von Insulin – und dieses Ziel wurde bei etwa 30–40 % der Transplantierten erreicht.

Der nächste Schritt waren Inseltransplantationen ohne gleichzeitige Nierentransplantation. Das eröffnete mehr Freiheit beim Transplantationsort (die Inseln konnten leichter in eine Extremität, in die Leber, ins Omentum/Netz (Falten des Bauchfells) usw. injiziert werden). Eine lebenslange Immunsuppression bleibt jedoch mit entsprechenden Risiken nötig. Die Erfolgsraten, Insulinunabhängigkeit zu erreichen, liegen zwischen 44 % und 90 %, und die Langzeitwirkung dieser Transplantationen mit Spenderinseln ist positiv – über die reine Reduktion oder den Wegfall des Insulinbedarfs hinaus.

Dabei gilt: Das ultimative Ziel ist zwar, Insulin nicht mehr verabreichen zu müssen; ideal wäre jedoch, überhaupt keine weiteren Medikamente (z. B. Immunsuppressiva) zu benötigen – da diese potenziell schädlicher sein können als eine Insulintherapie.

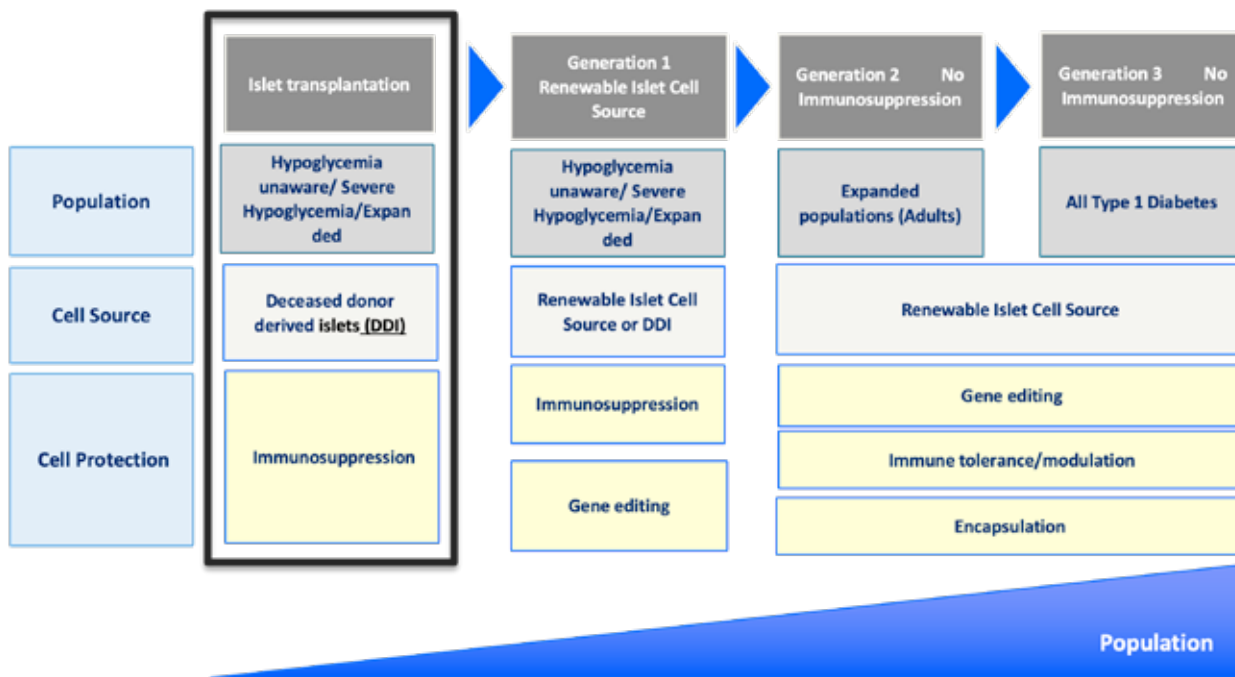
Um dieses Ziel zu erreichen, sind verschiedene komplexe wissenschaftliche Fragen zu klären (Tabelle 1):

- Wo und wie können ausreichend viele Inseln gewonnen werden, um die glykämische Balance zu normalisieren? Gibt es eine erneuerbare Zellquelle?
- Welcher anatomische Ort eignet sich am besten für die Implantation – gut vaskularisiert, leicht zugänglich und sicher?
- Welche Strategie des Immunschutzes ist akzeptabel?

Zunächst standen nur menschliche Pankreas-spender zur Verfügung – ein limitierender Faktor. Heute können humane pluripotente Stammzellen reprogrammiert und zu Inselzellen bzw. Pseudo-Inseln differenziert werden. Laufende Studien prüfen unterschiedliche Verfahren sowie Sicherheit und Wirksamkeit dieser Zellen.

Zudem wird eine innovative Technologie eingesetzt: die Genom-Editierung mittels CRISPR/Cas9\*, um die Immunreaktion gegen aus Stammzellen hergestellte Inseln zu verändern und so den Bedarf an Immunsuppression zu vermeiden oder zu reduzieren. Sollte sich dieser Ansatz als sicher und wirksam erweisen, wäre das ein großer Durchbruch.





**Referenz Tabelle 1:** Marinac M et al. Future Directions and Clinical Trial Considerations for Novel Islet  $\beta$ -Cell Replacement Therapies for Type 1 Diabetes. Diabetes. 2025 Sep 1;74(9):1452-1463. doi: 10.2337/dbi24-0037. PMID: 40663698.

(\***CRISPR-Cas9** ist ein Werkzeug, das wie „molekulare Scheren“ DNA an einer präzisen Stelle schneiden und den genetischen Code gezielt neu schreiben kann.)

Auch Inselzellen vom Schwein, die früher die Quelle für die Insulinproduktion waren, könnten eine weitere Quelle darstellen.

Zum idealen Implantationsort wurden verschiedene Optionen publiziert; weitere Auswertungen sind nötig. Möglicherweise gibt es keinen universell passenden Ort: Unterschiedliche Altersgruppen oder Zellquellen könnten verschiedene Implantationsorte erfordern.

Schließlich ist die wichtigste Überlegung die Kontrolle der Immunreaktionen – sowohl die Abstoßung der implantierten Inseln als auch ein Wiederaufflammen der Autoimmunerkrankung. Bislang konnte weder die Verkapselung noch eine genetische Modifikation die Immunsuppression

überflüssig machen. Das bleibt ein zentrales Hindernis, das überwunden werden muss, damit diese Therapie sicher und für alle zugänglich wird.

Derzeit sind zelluläre Therapien für Menschen mit insulinpflichtigem Diabetes noch nicht verfügbar. Jedoch werden sie aktuell in sehr spezifischen Indikationen geprüft – etwa bei bestimmten Erwachsenen, die Hypoglykämien nicht mehr wahrnehmen. Der Grund: Verkapselungstechniken funktionieren noch nicht perfekt und es ist eine Immunsuppression erforderlich, die mit erheblichen Belastungen einhergeht.

Doch der heutige technologische Fortschritt – verstärkt durch Innovationen in der Früherkennung und in der Genom-Editierung (Technologien zum gezielten Umschreiben des genetischen Codes) – macht Hoffnung für die Zukunft.

Dr. Carine De Beaufort

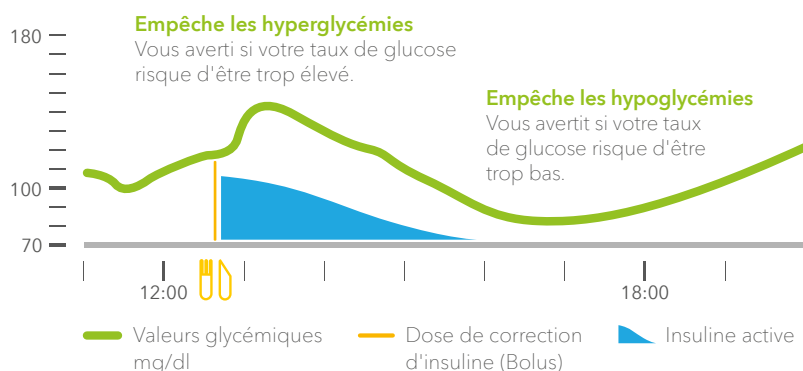
Maintenant  
avec le  
nouveau capteur  
Simplera™

## Système intelligent pour les patients sous injections multiples



Système InPen™ intelligent avec CGM Simplera™

Ce système combine des mesures du glucose en temps réel avec des alarmes prédictives et des doses de correction d'insuline adaptées à vos besoins. Cela empêche votre glycémie d'être trop élevée ou trop basse.<sup>1,2</sup>



Mesures du glucose en temps réel



Enregistrement automatique de la dose d'insuline administrée



Aide au calcul de la dose de correction d'insuline



Prédictions jusqu'à 60 minutes avant hypos et hypers



Rappels



Sans test capillaire<sup>3</sup>

Reportez-vous au manuel de l'appareil pour plus d'informations sur les instructions d'utilisation, les indications, les contre-indications, les mises en garde, les précautions et les effets secondaires possibles.

### Références

1. Abraham SB, et al. Improved Real-World Glycemic Control With Continuous Glucose Monitoring System Predictive Alerts. Journal of Diabetes Science and Technology 2021; 15(1):91-97
2. Smith M, et al, E5, SIPs Improve Time Below Range in MDI Therapy, AMCP Congress 2020
3. Si les mesures du CGM ne correspondent pas aux symptômes ou aux attentes, vous devriez utiliser un glucomètre pour prendre des décisions concernant le traitement du diabète. Reportez-vous aux instructions d'utilisation du système.

Medtronic Belgium S.A.

Avenue du Bourgmeestre Etienne Demunter 5 | BE-1090 Bruxelles | rs.psdidiabetesfr@medtronic.com  
BE Tél.: 0800 90805 | LUX Tél.: 800 27 441 | Depuis l'étranger : 0031 45 566 82 91

Pour plus d'informations,  
entrez l'URL dans votre navigateur  
ou scannez le code QR:

[medtronic-diabetes.com/  
fr-BE/SmartMDI](https://medtronic-diabetes.com/fr-BE/SmartMDI)



# Innovation dans le domaine du diabète et du traitement de l'obésité

Depuis la commercialisation en janvier 2010 des premiers agonistes du récepteur du GLP-1 (glucagon-like peptide), tels que le liraglutide (Victoza®) pour le traitement du diabète de type 2, le domaine a connu une évolution rapide. Initialement développées pour améliorer le contrôle glycémique, des études ont montré que ces substances améliorent également la pression artérielle, réduisent les taux de lipides sanguins tels que les triglycérides et le cholestérol et diminuent de manière avérée le risque d'événements cardiovasculaires tels que les infarctus ou l'insuffisance cardiaque.

Sur la base de ces résultats, il a été décidé de prescrire ces médicaments également aux personnes obèses sans diabète. Cela a ouvert un nouveau domaine de recherche et d'application présentant un potentiel médical et social considérable.

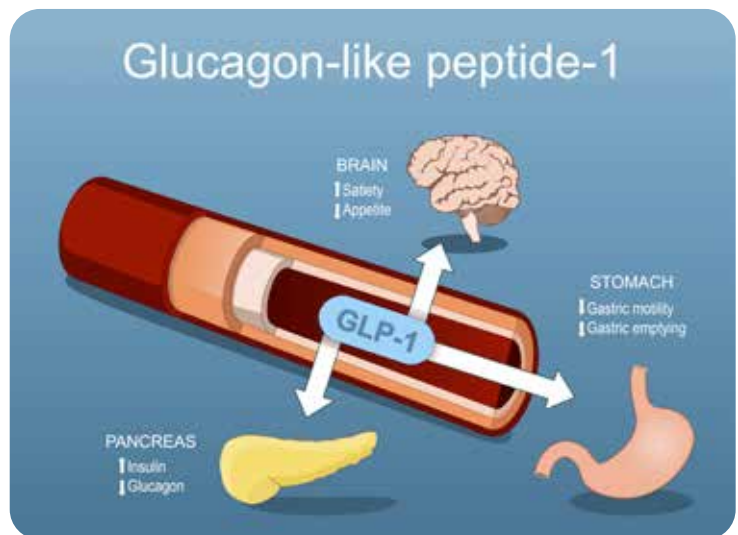
## Comment agissent les agonistes des récepteurs du GLP-1 ?

Les agonistes des récepteurs du GLP-1 imitent l'action de l'hormone GLP-1 produite par l'organisme. Ils veillent à ce que le pancréas sécrète davantage d'insuline, à ce que moins de glucagon, qui augmente la glycémie, soit libéré et à ce que la vidange gastrique soit plus lente. En même temps, ils favorisent une plus grande sensation de satiété, ce qui permet de perdre du poids et de réduire le risque de maladies cardiovasculaires.

## Comment ces médicaments ont-ils évolué au fil du temps ?

Après le liraglutide, qui doit être injecté quotidiennement, est apparu le semaglutide (Ozempic®), à injection hebdomadaire. Il a d'abord été prescrit à des patients avec un diabète, puis à des patients obèses, également à des doses plus élevées (Wegovy®).

Mais le **récepteur GLP-1** n'est pas le seul à jouer un rôle dans la digestion, la sécrétion d'insuline et de glucagon, ainsi que dans la sensation de satiété dans le cerveau.



Le **GIP** (polypeptide insulinoporteur dépendant du glucose) influence également ce système, en particulier par son action sur différentes cellules nerveuses du cerveau.

**L'agoniste des récepteurs GLP-1/GIP** n'agit donc pas seulement au niveau du tube digestif, mais aussi au niveau du cerveau. Celui-ci contient des cellules nerveuses particulières, appelées cellules nerveuses GABA. Lorsque le principe actif se lie au

récepteur GIP dans ces cellules nerveuses, celles-ci envoient des signaux qui réduisent la sensation de faim et entraînent ainsi une perte de poids.

Si ce récepteur GIP est absent dans les cellules nerveuses GABA, le principe actif ne peut plus s'y fixer. L'effet sur le poids corporel disparaît, et le médicament n'aide plus à perdre du poids.

Ces **agonistes doubles** ont donc un effet encore plus global et leur efficacité est également améliorée. Comparé au liraglutide et au semaglutide, le tirzepatide (Mounjaro®) permet d'obtenir des pertes de poids plus importantes et des meilleurs résultats métaboliques. Mais cela dépend toujours de la dose tolérée.

### Quels sont les effets secondaires ?

Comme tous les médicaments, les agonistes des récepteurs GLP-1 et GIP peuvent également avoir des effets secondaires. Les principaux sont les suivants :

- Troubles gastro-intestinaux : les plus fréquents sont les nausées, les vomissements, la diarrhée ou la constipation, généralement temporaires, en particulier au début du traitement.
- Perte d'appétit, souhaitée pour la perte de poids, mais pouvant parfois entraîner une diminution du poids trop rapide.

- Plus rarement, des douleurs abdominales, des flatulences, des vertiges ou des maux de tête peuvent également survenir et, dans des cas extrêmement rares, des inflammations du pancréas (pancréatites) ont également été décrites.

Bien entendu, ces effets secondaires dépendent aussi de la dose. Cependant, grâce à des millions d'utilisations sur une période de plus de 15 ans, les effets secondaires sont également très bien documentés.

L'obésité et ses conséquences, ainsi que le diabète de type 2 sont bien plus dangereux que les effets secondaires, lesquels peuvent souvent être évités grâce à une élévation du dosage contrôlée et, le cas échéant, à une diminution progressive du traitement une fois l'objectif pondéral atteint.

### Que nous réserve l'avenir ?

La prochaine évolution consistera à agir également sur le récepteur du glucagon lui-même. Les premières petites études avec des agonistes triples sont en cours. Ce « tragoniste » a été bien toléré par les participants lors de petites études. Il présente une sécurité comparable, mais une efficacité améliorée par rapport à la monothérapie par GLP-1.

Même si une comparaison directe avec les tirzepatides n'était pas prévue dans le protocole de l'étude, les résultats montrent néanmoins qu'une triple combinaison de stimulation des récepteurs du glucagon, du GLP-1 et du GIP peut contribuer à une nouvelle réduction du poids corporel et à une amélioration du taux de glycémie. La question de savoir si un agoniste peut réellement renforcer les effets bénéfiques du tirzepatide, comme l'ont suggéré des modèles cliniques, doit être confirmée par d'autres études à plus grande échelle.



## Conclusion

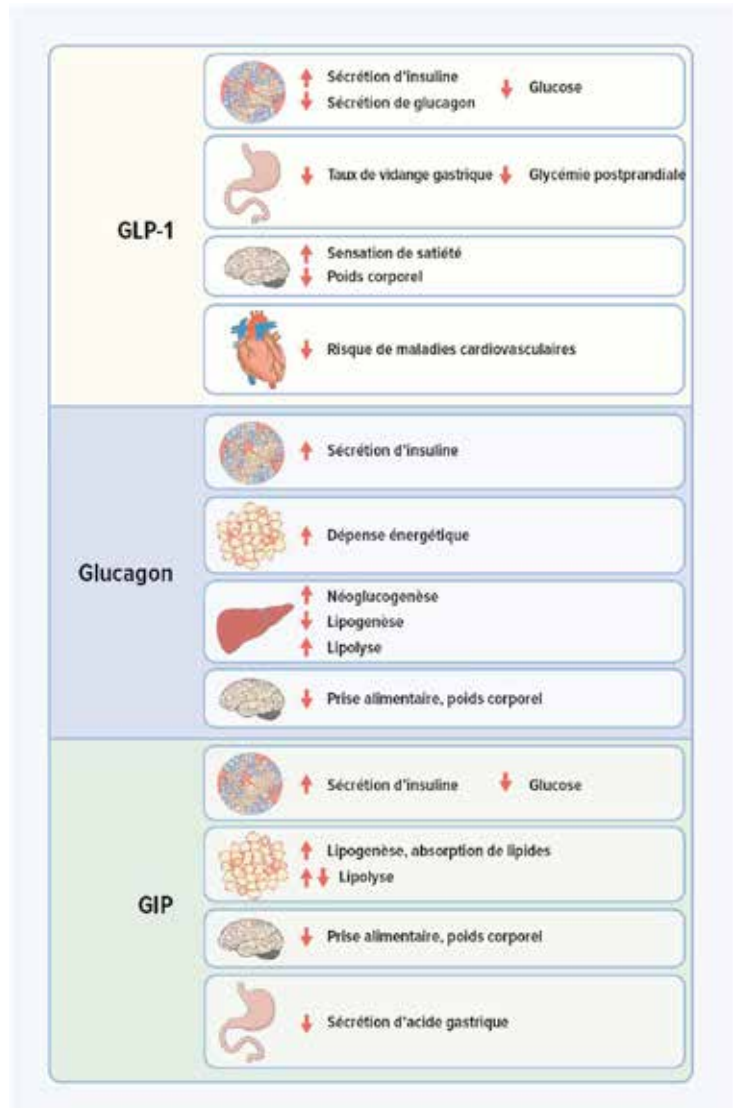
Malheureusement, ces médicaments ont également un coût pour les personnes qui souffrent «uniquement» de surpoids. Actuellement, au Luxembourg, ces médicaments ne sont remboursés à 100 % qu'en cas de diabète.

Des études pharmaco-économiques seraient nécessaires pour déterminer si le remboursement de ces molécules en dehors du diabète ne serait pas finalement moins coûteux que le traitement d'une crise cardiaque quelques années plus tard. Bien sûr, la qualité de vie des patients est également meilleure avec ce traitement, ce qui devrait être pris en compte dans les calculs de la CNS ou du Ministère de la Sécurité Sociale. Les responsables politiques, qui souhaitent éviter une médecine à deux vitesses, devraient notamment envisager de rembourser ces molécules, au moins en partie, afin que les personnes les plus aisées ne soient pas les seules à pouvoir bénéficier de ce traitement.

Il conviendrait également de comparer le rapport coût-bénéfice-risque avec la chirurgie bariatrique.

Dr Marc Keipes

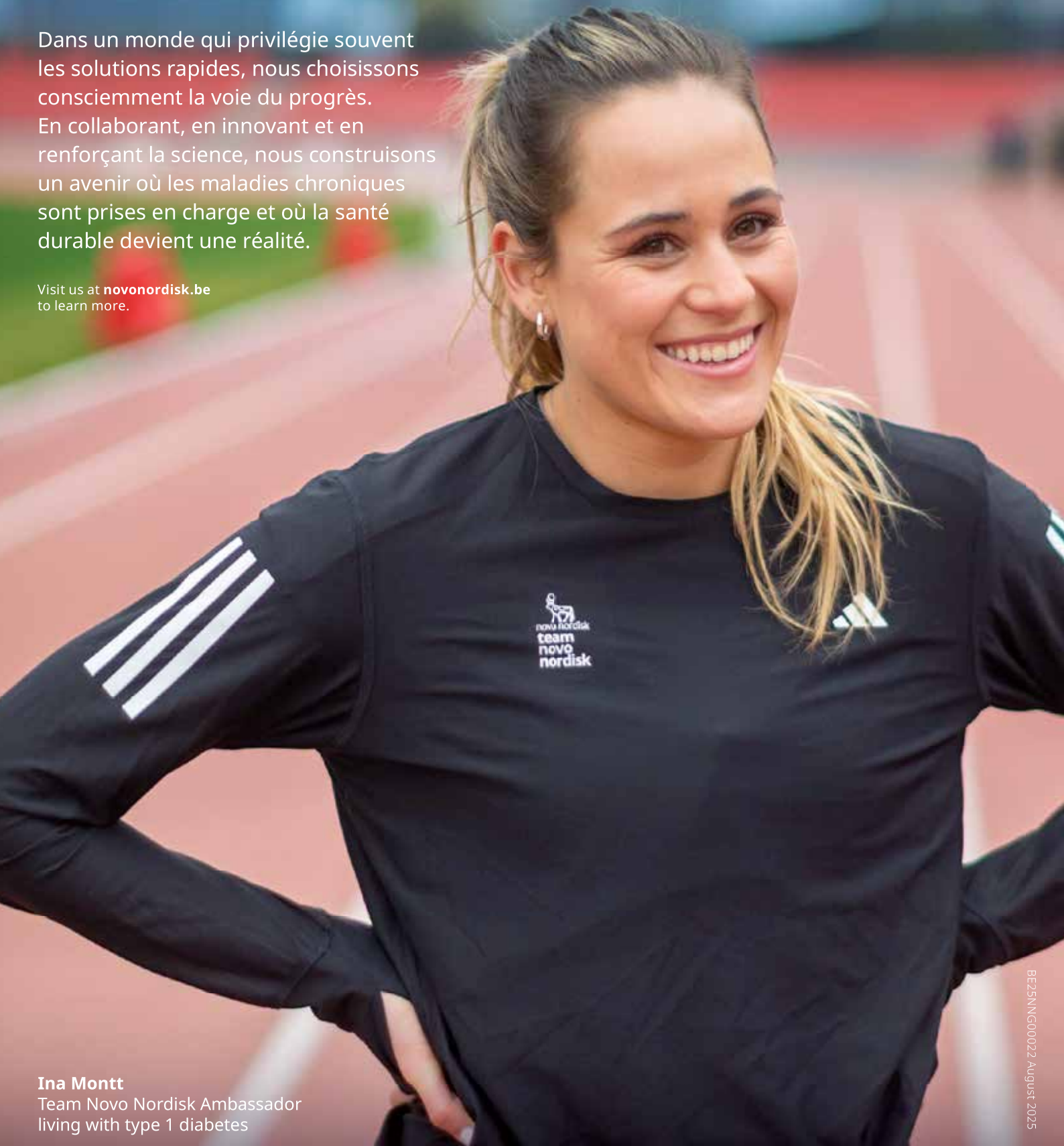
Les principaux mécanismes d'action cliniques du GLP-1, du glucagon et du GIP (Creative Commons Licence 4.0)



# LA SANTÉ NE SE LIMITE PAS À DES SOLUTIONS RAPIDES... C'EST UNE QUÊTE DE VIE.

Dans un monde qui privilégie souvent les solutions rapides, nous choisissons consciemment la voie du progrès. En collaborant, en innovant et en renforçant la science, nous construisons un avenir où les maladies chroniques sont prises en charge et où la santé durable devient une réalité.

Visit us at [novonordisk.be](https://novonordisk.be)  
to learn more.



# Innovation in der Diabetologie und Adipositas therapie

Seit der Kommerzialisierung der ersten GLP-1 (Glucagon-like-peptide)-Rezeptoragonisten wie Liraglutid (Victoza®) im Januar 2010 für die Behandlung des Typ-2-Diabetes, hat sich das Feld rasant weiterentwickelt. Ursprünglich zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle entwickelt, zeigten Studien, dass diese Substanzen auch den Blutdruck verbessern, Blutfettwerte wie Triglyzeride und Cholesterin reduzieren und nachweislich das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkte oder Herzinsuffizienz senken.

Aufgrund dieser Resultate wurde entschieden die Medikamente auch für Menschen mit Adipositas ohne Diabetes zu verschreiben. Damit eröffnete sich ein neuartiges Forschungs- und Anwendungsfeld mit erheblichem medizinischem und gesellschaftlichem Potenzial.

## Wie wirken die GLP-1-Rezeptoragonisten?

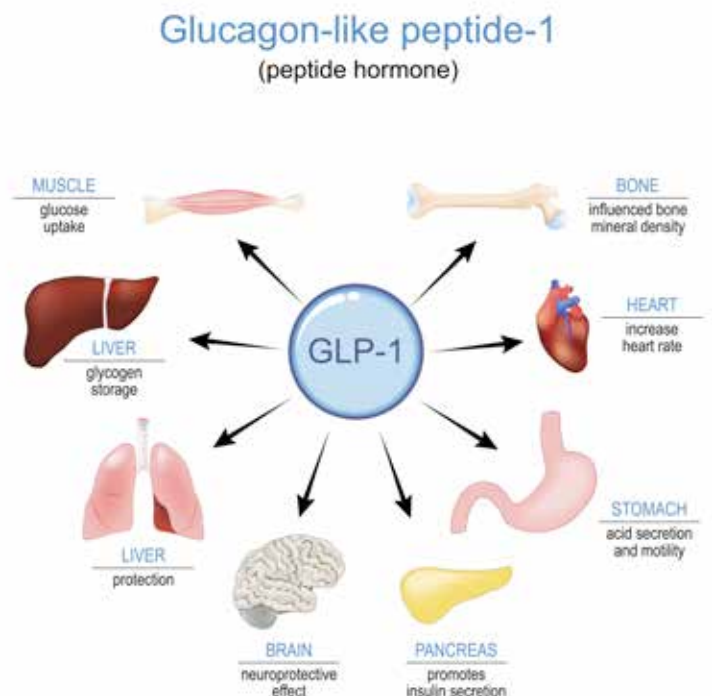
GLP-1-Rezeptoragonisten ahmen die Wirkung des körpereigenen Hormons GLP-1 nach. Sie sorgen dafür, dass die Bauchspeicheldrüse mehr Insulin ausschüttet, weniger blutzuckererhöhendes Glukagon freigesetzt wird und die Magenentleerung langsamer verläuft. Gleichzeitig fördern sie ein stärkeres Sättigungsgefühl, wodurch ein Gewichtsverlust erreicht werden kann und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sinkt.

## Wie haben sich diese Medikamente mit der Zeit entwickelt?

Nach den täglich zu spritzenden Liraglutide kamen Semaglutide (Ozempic®), die nur wöchentlich verabreicht werden müssen. Diese wurden zuerst bei Patienten mit Diabetes verschrieben, dann bei Patienten mit Adipositas, auch in höherer Dosis (Wegovy®).

Aber nicht nur der **GLP-1 Rezeptor** spielt eine Rolle bei der Verdauung, Insulin- und Glucagonsekretion, sowie bei dem Sättigungsgefühl im Gehirn.

Auch das **GIP** (Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide) beeinflusst dieses System, im Besonderen auch durch seine Wirkung auf



verschiedene Nervenzellen im Gehirn.

Der **GLP-1/GIP-Rezeptor-Agonist** wirkt also nicht nur im Verdauungstrakt, sondern auch im Gehirn. Dort gibt es besondere Nervenzellen, die sogenannten GABA-Nervenzellen. Wenn sich der Wirkstoff an den

GLP-Rezeptor in diesen Nervenzellen bindet, geben diese Signale, die dafür sorgen, dass man weniger Hunger hat und dadurch an Gewicht verliert.

Wenn dieser GIP-Rezeptor in den GABA-Nervenzellen fehlt, kann der Wirkstoff dort nicht mehr andocken. Damit fällt der Effekt auf das Körpergewicht weg – das Medikament hilft also nicht mehr beim Abnehmen.

Diese **Duale Agonisten** wirken also noch globaler, und sie zeigen sich auch in der Wirksamkeit verbessert. Mit Tirzepatiden (Mounjaro®) sind im Vergleich zu Lira- und Semaglutiden die größten Gewichtsabnahmen zu verzeichnen und auch die besten Stoffwechselwerte. Aber dies ist auch immer abhängig von der vertragenen Dosis.

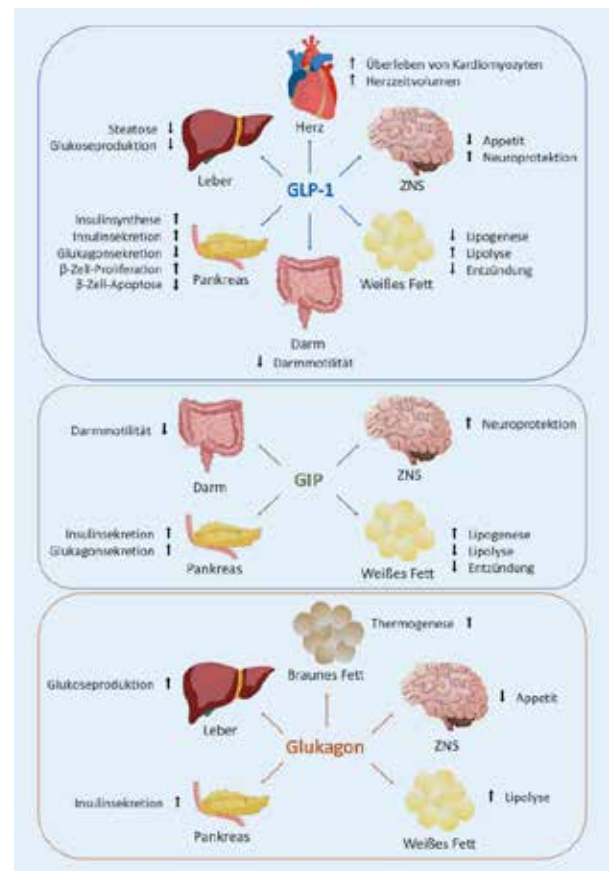
### Welche Nebenwirkungen gibt es?

Wie alle Medikamente können GLP-1 und GIP-Rezeptoragonisten auch Nebenwirkungen haben. Die wichtigsten sind:

- Magen-Darm-Beschwerden: am häufigsten sind Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung, meistens vorübergehend, besonders zu Beginn der Therapie.
- Appetitminderung, ist gewünscht für die Gewichtsabnahme, kann aber manchmal zu schneller Gewichtsreduktion führen.
- Seltener treten auch Bauchschmerzen, Blähungen, Schwindel oder Kopfschmerzen auf und extrem selten wurden auch Entzündungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) beschrieben.

Natürlich sind diese Nebenwirkungen auch Dosis abhängig. Durch millionenfache Anwendung über einen Zeitraum von mehr als 15 Jahren sind die Nebenwirkungen aber auch sehr gut dokumentiert.

Adipositas und seine Folgen und Typ-2-Diabetes sind mehrfach gefährlicher als die Nebenwirkungen, die man durch bewusstes Hochdosieren und gegebenenfalls langsamen Ausschleichen, wenn das Gewichtsziel erreicht wurde, oft vermeiden kann.



Inkretinbasierte Ko- und Triagonisten ([link.springer.com](http://link.springer.com))

### Was bringt die Zukunft?

Die nächste Evolution wird sein, zusätzlich auf den Glukagon Rezeptor selber zu agieren. Erste kleine Studien mit **Triple Agonisten** sind im Gange. Dieser so genannte *Tragonist* wurde bei Probanden in kleinen Studien gut vertragen. Bei vergleichbarer Sicherheit, aber verbesserter Wirksamkeit im Vergleich zur GLP-1 Monotherapie. Auch wenn ein direkter Vergleich mit den Tirzepatiden im Studiendesign nicht vorgesehen war, zeigen die Ergebnisse dennoch, dass eine dreifache Kombination aus Glukagon, GLP-1 und GIP Rezeptor Stimulation zu einer weiteren Senkung des Körpergewichts und einer Verbesserung des Blutzuckerspiegels beitragen kann. Ob ein Tragonist, die vorteilhaften Wirkungen vom Tirzepatide tatsächlich verstärken kann, wie dies in klinischen Modellen angedeutet wurde, muss in weiteren größeren Studien belegt werden.

## Schlussfolgerung

Leider haben diese Medikamente auch einen Preis für Menschen, die „nur“ mit Übergewicht zu kämpfen haben. Aktuell werden die Medikamente in Luxemburg nur im Falle von Diabetes zu 100 % rückerstattet.

Pharmaökonomische Studien wären nötig, um zu sehen, ob das Erstattet dieser Moleküle außerhalb von Diabetes nicht doch vielleicht weniger teuer zu stehen käme als die Behandlung von Herzinfarkt ein paar Jahre später.

Natürlich ist die Lebensqualität bei den Patienten mit dieser Behandlung auch noch höher anzusehen

und müsste in die Rechnung der CNS oder des Gesundheits- und Sozialministeriums eingebracht werden. Besonders die Politik, die eine zwei Klassen Medizin vermeiden will, sollte darüber nachdenken diese Moleküle zumindest teilweise zu erstatten, damit nicht nur wohlhabendere Menschen sich diese Behandlung sichern können.

Es sollte zudem ein Vergleich des Kosten-Nutzen-Risikos mit der bariatrischen Chirurgie durchgeführt werden.

Dr Marc Keipes



**Parce qu'avec nous,  
vous êtes entre de bonnes mains !**



**Une équipe humaine et  
compétente, à vos côtés  
7j/7 depuis plus de 25 ans**



Aide et soins adaptés à  
domicile, pour tous les âges



Soins infirmiers spécialisés



Centres de jour accueillants  
pour personnes âgées



Téléalarme certifié ISO 9001



Soutien aux aidants



Prestations pour le confort  
du quotidien

Besoin d'aide à domicile ?  
Contactez-nous !

40 20 80 • [info@shd.lu](mailto:info@shd.lu)



# La voix des patients : un levier pour l'amélioration du système de santé

De plus en plus souvent on entend parler du « **partenariat patient** » dans le domaine de la santé. Mais comment ce concept doit-il être compris ? Est-ce simplement écouter le patient, ou bien l'intégrer activement à une nouvelle façon de penser le système de santé ?

## Un peu d'histoire

Au cours des dernières décennies, le monde de la santé a connu de profondes transformations : évolution des maladies chroniques, vieillissement de la population, essor du numérique, et surtout, la montée en puissance des droits des usagers ont conduit à repenser les rapports entre soignants et patients.

Dans ce contexte, le patient n'est plus seulement un bénéficiaire passif de soins, mais un acteur engagé dans son parcours de santé. C'est dans cette dynamique de démocratisation du système de santé que le partenariat patient a émergé.

Le Canada, précurseur dans ce changement de culture, a progressivement structuré ce modèle avant d'en favoriser la diffusion à l'échelle internationale.

Ce cadre repose sur la reconnaissance de l'expérience vécue du patient comme une expertise complémentaire. Il a ainsi donné naissance à une approche plus collaborative des relations, visant à mobiliser pleinement l'intelligence collective pour améliorer le fonctionnement du système de santé.



## Intégrer le patient dans le système de santé ne s'improvise pas

Avant d'être reconnu comme partenaire du système de santé, le patient est avant tout acteur de son propre parcours de soins. Lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies, il peut alors s'impliquer de manière active en tant que partenaire. En effet, devenir patient partenaire suppose certaines aptitudes, telles qu'un recul sur son expérience de santé, un esprit d'ouverture, de l'altruisme et une capacité de réflexion critique.

Il ne s'agit pas de se substituer aux professionnels de santé, mais de collaborer, en articulant savoirs expérientiels et connaissances scientifiques.

Dans un contexte où les systèmes de santé restent fragmentés, l'intégration des patients autour des trajectoires de soins et de vie devient essentielle. Or, il est impossible de penser une santé intégrée sans la perspective des patients, véritables vecteurs de cohérence et d'efficacité au sein des parcours de santé.

## Et concrètement... le patient, l'expert du vécu

Qu'ils soient patients, anciens patients ou proches aidants, tous disposent d'expériences et de connaissances précieuses permettant d'apporter un éclairage unique et pertinent pour optimiser la qualité des soins et renforcer le fonctionnement du système de santé.

Lorsqu'on parle de « patient », on inclut aussi ses proches, sa famille et la communauté qui l'entoure. Le patient n'est pas isolé : c'est un citoyen intégré dans un écosystème plus large, et son expérience s'inscrit dans cet ensemble qui influence et soutient sa santé.

À la suite de son expérience de santé, le patient développe différents savoirs\* :

- **Savoir de navigation** : connaissance des rouages du système de santé afin d'accéder à des soins et services de qualité au moment opportun ;



- **Savoir médical** qui relève d'une connaissance approfondie des maladies, traitements et effets secondaires ;
- **Savoir d'auto-gestion** : signes physiques, émotifs, comportementaux liés à sa condition et à l'auto-gestion de son propre corps ;
- **Savoir incarné** : capacité à percevoir lorsqu'un dysfonctionnement survient dans notre corps ;
- **Savoir relationnel** : connaissance des soignants vers lesquels se tourner pour accéder aux soins, pour nous aider dans la gestion de notre condition et nous soutenir dans la réalisation de nos objectifs de vie ;
- **Savoir culturel** : compréhension du rapport à la santé selon les contextes sociaux.

Ce sont ces différents savoirs qu'il va pouvoir mobiliser dans le système de santé et ce, à différents niveaux : dans les soins, dans la gouvernance, dans l'élaboration de politiques de santé, dans la formation et enfin, dans la recherche.

À titre d'exemple, à l'échelle de la gouvernance, les patients peuvent s'engager au sein de comités et participer à des groupes de discussion sur des thématiques spécifiques, telles que la navigation dans les milieux de soins.

Dans le domaine de l'enseignement, leur participation peut se concrétiser par des jeux de rôle ou des sessions de simulation, apportant ainsi une perspective concrète et vécue.

Bien entendu, selon le continuum de l'engagement des patients, cela nécessite ou non une formation.

des établissements afin d'intégrer la perspective des patients : création de comités, participation à des projets. Ces démarches visent à ouvrir la voie à une représentation active du patient.

Marie Maron  
Coordinatrice du CAPAT, formée au partenariat patient à l'Université de Montréal

## Au Luxembourg...

Depuis 3 ans, une réflexion nationale avec les différentes parties prenantes du système de santé est menée afin de définir les modalités d'intégration du concept de partenariat patient. Parallèlement, diverses initiatives émergent au sein

\*Dumez, V., & L'Espérance, A. (2024). Beyond experiential knowledge: a classification of patient knowledge. *Social Theory & Health*, 22(3), 173-186. <https://doi.org/10.1057/s41285-024-00208-3>

*Version allemande disponible sur demande à la Maison du Diabète.*

### Le Cercle des Associations de Patients (CAPAT)



Le CAPAT a été fondé fin de l'année 2022 et l'ALD est un de ses membres fondateurs. Il représente les organisations de patients et de proches au Luxembourg et œuvre pour l'intégration active des patients dans le système de santé. À travers l'information, la mise en réseau et la représentation, le CAPAT relaie la voix des usagers auprès des autorités compétentes et accompagne les organisations de patients dans leurs initiatives.

**Vous êtes intéressé par le partenariat-patient ou désirez devenir acteur de votre propre parcours de santé, alors contactez la Maison du Diabète, Tel : 48 53 61, [info@ald.lu](mailto:info@ald.lu).**

**SAVE THE DATE** : 11 décembre 2025, Journée nationale Patient partenaire

Avec le soutien de **Servier Luxembourg**

**SERVIER**   
moved by you

# Alimentation et performance cognitive

Et si vos capacités de mémoire, de concentration ou de raisonnement dépendaient directement de votre alimentation ? Les recherches récentes confirment que ce que nous mangeons n'influence pas seulement la santé physique, mais aussi nos performances cognitives.

Le cerveau, bien qu'il ne représente que 2 % du poids du corps, consomme près de 20 % de l'énergie totale et se montre particulièrement sensible à la qualité des nutriments qu'il reçoit. Depuis plusieurs années, les chercheurs étudient comment l'alimentation peut prévenir le vieillissement cérébral et soutenir les fonctions cognitives. Certains modèles, comme le régime méditerranéen, bénéficient de preuves solides, tandis que d'autres, comme le régime cétogène, suscitent un intérêt croissant mais encore débattu.

Cet article fait le point sur les liens entre nutrition et cognition : quels nutriments sont essentiels, ce que disent les études scientifiques, et quelles recommandations semblent les plus pertinentes aujourd'hui.

## Comment l'alimentation influence les performances cognitives

Le glucose reste la principale source d'énergie du cerveau. Contrairement aux muscles, ce dernier ne dispose pas de réserves : il dépend donc d'un apport sanguin constant. Une glycémie stable permet aux neurones de disposer du carburant nécessaire pour assurer leurs fonctions essentielles : concentration, mémoire, régulation de l'humeur. À l'inverse, des variations rapides, comme lors d'une hypoglycémie réactionnelle, (souvent induite par une consommation excessive de sucres rapides) entraînent fatigue, irritabilité et baisse de vigilance.

## La qualité des glucides joue donc un rôle clé

- Les aliments à index glycémique élevé (boissons sucrées, pâtisseries...) provoquent des pics glycémiques suivis de chutes rapides (appelées hypoglycémies réactionnelles).



- À l'inverse, les glucides complexes (céréales complètes, légumineuses...) favorisent une libération progressive du glucose, évitant d'importantes variations glycémiques.

→ Nous l'avons vu, la qualité des glucides joue un rôle, mais il ne faut pas oublier la mixité du bol alimentaire ! Associer des glucides avec des protéines, des fibres et des lipides permet de ralentir leur absorption.

En cas de restriction glucidique (jeûne prolongé, régime pauvre en sucres), l'organisme active un mécanisme d'adaptation : **la cétogenèse**. Le foie transforme alors les graisses en corps cétoniques, qui deviennent un carburant alternatif pour les neurones et peuvent couvrir jusqu'à 60- 70 % des besoins énergétiques du cerveau.



### Quels nutriments sont indispensables au cerveau ?

Au-delà du glucose, d'autres nutriments jouent un rôle central dans la cognition :

- **Acides gras oméga-3 (DHA, EPA)** : essentiels à la plasticité neuronale, associés à une meilleure mémoire (saumon, maquereau, sardines, noix, graines de lin).

- **Vitamines du groupe B (B6, B9, B12)** : interviennent dans la synthèse des neurotransmetteurs (céréales complètes, légumes verts à feuilles, légumineuses, œufs, abats, poissons).

- **Fer et zinc** : contribuent aux fonctions attentionnelles (capacités d'attention) (viandes rouges maigres, volailles, lentilles, pois chiches, fruits de mer, graines de courge).

- **Antioxydants (vitamine E, polyphénols, flavonoïdes)** : protègent les neurones du stress oxydatif et ralentissent le vieillissement cérébral (huile de tournesol, amandes, noisettes, baies, agrumes, thé vert, cacao, légumes colorés).

→ La performance cognitive repose donc sur un équilibre entre macronutriments (glucides, protéines, lipides) et micronutriments (vitamines et minéraux), et non sur un aliment ou un complément isolé.

### Ce que disent les études scientifiques

Les grandes études convergent : une alimentation trop riche en sucres raffinés, graisses saturées et produits ultra-transformés est associée à un risque accru de déclin cognitif et de maladies neurodégénératives comme Alzheimer.

À l'inverse, une alimentation riche en fibres, végétaux et acides gras insaturés semble protectrice. L'étude PREDIMED, menée en Espagne, a montré que le régime méditerranéen enrichi en huile d'olive ou en noix améliorait les fonctions cognitives et réduisait aussi le risque cardiovasculaire.

Autre piste majeure : le rôle du microbiote intestinal. La diversité de la flore intestinale influence la production de molécules agissant sur l'humeur et la cognition. Une alimentation riche en fibres (fruits, légumes, légumineuses) favorise un microbiote protecteur, tandis qu'un régime déséquilibré l'appauvrit et pourrait fragiliser les fonctions cérébrales.

## Pourquoi le régime cétogène fait débat

Le régime cétogène, ou "keto", a été développé il y a près d'un siècle pour traiter l'épilepsie résistante aux traitements. Basé sur une restriction drastique des glucides et un apport élevé en graisses, il induit une production de corps cétoniques servant de carburant principal au cerveau.

Aujourd'hui, des recherches explorent ses effets sur la maladie d'Alzheimer, Parkinson et certains troubles psychiatriques. Les mécanismes proposés incluent une meilleure régulation énergétique, une réduction de l'inflammation et une protection contre le stress oxydatif.

Cependant, son caractère très restrictif limite son adhésion et peut entraîner certaines carences (fibres, vitamines, minéraux), des troubles digestifs ou des déséquilibres métaboliques. Son utilisation n'est donc pas recommandée en population générale, sans suivi médical spécialisé.

## Comparaison avec le régime méditerranéen

Le régime méditerranéen est l'un des modèles alimentaires les mieux étudiés et validés scientifiquement. Il repose sur une consommation privilégiée de fruits, de légumes, d'huile d'olive, de noix et de poisson, tout en limitant la viande rouge et les sucres ajoutés. Ces habitudes nutritionnelles sont associées à un ralentissement du déclin cognitif et à une diminution du risque de démence. Comparé au régime cétogène, il a l'avantage d'être plus flexible et socialement intégrable. Son adhésion à long terme est plus favorable et en fait une approche nutritionnelle durable.

→ Le régime cétogène demeure une approche thérapeutique ciblée, le régime méditerranéen constitue un socle de prévention validé par plusieurs décennies de recherche.

## Vigilance pour les personnes vivant avec un diabète

Chez les personnes vivant avec un diabète, la nutrition joue un rôle central, en raison des variations glycémiques susceptibles d'influencer l'attention, la mémoire et la concentration.



Maintenir une glycémie stable contribue à préserver non seulement les fonctions cérébrales, mais aussi l'équilibre métabolique et l'état de santé général. Il est donc recommandé de privilégier une alimentation à faible index glycémique, riche en fibres et en graisses de qualité, afin de limiter les fluctuations et de soutenir les fonctions cognitives sur le long terme.

Toute modification du régime alimentaire doit être envisagée avec prudence et réalisée sous l'accompagnement de professionnels de santé qualifiés, afin de garantir un suivi personnalisé et sécurisé.

L'équipe de la Maison du Diabète est là pour vous aider !

Anais Humblot  
Diététicienne

# DiaExpert

Ich bin  
der Neue!  
**Auf mich  
ist Verlass!**



## Kleiner Sensor, viel dahinter



Sehr klein und leicht



Tragedauer bis zu 15 Tage



Wasserdicht für bis zu  
1 Std. in 2 m Tiefe



Personalisierte Alarme



Messung im Minutentakt

**Jetzt in Ihrer Apotheke!**

# Ernährung und kognitive Leistungsfähigkeit

Was wäre, wenn Ihre Gedächtnis-, Konzentrations- oder Denkfähigkeiten direkt von Ihrer Ernährung abhängen? Jüngste Forschungen bestätigen, dass das, was wir essen, nicht nur die körperliche Gesundheit beeinflusst, sondern auch unsere kognitiven Leistungen.

Das Gehirn macht zwar nur 2 % des Körpergewichts aus, verbraucht jedoch fast 20 % der gesamten Energie und reagiert besonders empfindlich auf die Qualität der Nährstoffe, die es erhält. Seit mehreren Jahren untersuchen Forscher, wie die Ernährung die Alterung des Gehirns verhindern und die kognitiven Funktionen unterstützen kann. Manche Ernährungsmodelle, wie die Mittelmeerdiät, verfügen über solide Belege, während andere, wie die ketogene Ernährung, wachsendes, aber noch umstrittenes Interesse hervorrufen.

Dieser Artikel beleuchtet die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Kognition: Welche Nährstoffe sind wesentlich, was sagen wissenschaftliche Studien, und welche Empfehlungen erscheinen heute am relevantesten.

## Wie die Ernährung die kognitive Leistungsfähigkeit beeinflusst

Glukose bleibt die Hauptenergiequelle des Gehirns. Im Gegensatz zu den Muskeln verfügt dieses über keine Reserven und ist daher auf eine konstante Versorgung über das Blut angewiesen. Ein stabiler Blutzuckerspiegel ermöglicht es den Neuronen, den notwendigen „Treibstoff“ zu erhalten, um ihre wesentlichen Funktionen zu erfüllen: Konzentration, Gedächtnis und Stimmungsregulation. Umgekehrt führen schnelle Schwankungen – wie bei einer reaktiven Hypoglykämie, die oft durch übermäßigen Konsum von schnell verdaulichen Zuckern ausgelöst wird – zu Müdigkeit, Reizbarkeit und nachlassender Aufmerksamkeit.

## Die Qualität der Kohlenhydrate spielt also eine Schlüsselrolle

- Lebensmittel mit hohem glykämischem Index (z. B. süße Getränke, Feingebäck, ...) verursachen Blutzuckerspitzen, gefolgt von einem schnellen Abfall (sogenannte reaktive Hypoglykämie).



- Im Gegensatz dazu fördern komplexe Kohlenhydrate (z. B. Vollkorngetreide, Hülsenfrüchte, ...) eine allmähliche Freisetzung von Glukose und vermeiden starke Blutzuckerschwankungen.

→ Wie wir gesehen haben, spielt die Qualität der Kohlenhydrate eine Rolle, doch darf man die Zusammensetzung der gesamten Mahlzeit nicht vergessen! Die Kombination von Kohlenhydraten mit Eiweissquellen, Ballaststoffen und Fetten verlangsamt ihre Aufnahme.

Bei einer Kohlenhydrat-Restriktion (verlängertes Fasten, kohlenhydratarmer Ernährung) aktiviert der Körper einen Anpassungsmechanismus: die **Ketogenese**. Die Leber wandelt dabei Fette in Ketonkörper um, die als alternative Energiequelle für die Neuronen dienen und bis zu 60–70 % des Energiebedarfs des Gehirns decken können.



### Welche Nährstoffe sind für das Gehirn unverzichtbar?

Über die Glukose hinaus spielen weitere Nährstoffe eine zentrale Rolle für die Kognition:

- **Omega-3-Fettsäuren (DHA, EPA):** wesentlich für die neuronale Plastizität, verbunden mit besserem Gedächtnis (Lachs, Makrele, Sardinen, Walnüsse, Leinsamen).

- **Vitamine der B-Gruppe (B6, B9, B12):** beteiligt an der Synthese von Neurotransmittern (Vollkorngetreide, grünes Blattgemüse, Hülsenfrüchte, Eier, Innereien, Fisch).

- **Eisen und Zink:** tragen zu den Aufmerksamkeitsfunktionen bei (mageres rotes Fleisch, Geflügel, Linsen, Kichererbsen, Meeresfrüchte, Kürbiskerne).

- **Antioxidantien (Vitamin E, Polyphenole, Flavonoide):** schützen die Neuronen vor oxidativem Stress und verlangsamen die Gehirnalterung (Sonnenblumenöl, Mandeln, Haselnüsse, Beeren, Zitrusfrüchte, grüner Tee, Kakao, buntes Gemüse).

→ Die kognitive Leistungsfähigkeit beruht also auf einem Gleichgewicht zwischen Makronährstoffen (Kohlenhydrate, Proteine, Fette) und Mikronährstoffen (Vitamine und Mineralstoffe) – und nicht auf einem einzelnen Lebensmittel oder einem isolierten Ergänzungsmittel.

### Was sagen die wissenschaftlichen Studien?

Die großen Studien kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: Eine Ernährung, die zu reich an raffinierten Zuckern, gesättigten Fetten und stark verarbeiteten Lebensmitteln ist, geht mit einem erhöhten Risiko für kognitiven Abbau und neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer einher.

Im Gegensatz dazu scheint eine Ernährung, die reich an Ballaststoffen, pflanzlichen Lebensmitteln und ungesättigten Fettsäuren ist, einen schützenden Effekt zu haben. Die in Spanien durchgeführte PREDIMED-Studie zeigte, dass die mediterrane Ernährung, angereichert mit Olivenöl oder Nüssen, die kognitiven Funktionen verbessert und gleichzeitig das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen senkt.

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt ist die Rolle des Darmmikrobioms. Die Vielfalt der Darmflora beeinflusst die Produktion von Molekülen, die sich auf Stimmung und Kognition auswirken. Eine ballaststoffreiche Ernährung (Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte) fördert ein schützendes Mikrobiom, während eine unausgewogene Ernährung es verarmen lässt und dadurch die Gehirnfunktionen schwächen könnte.



## Warum die ketogene Ernährung umstritten ist

Die ketogene Ernährung, auch „Keto“ genannt, wurde vor fast einem Jahrhundert entwickelt, um therapieresistente Epilepsie zu behandeln. Sie basiert auf einer drastischen Einschränkung der Kohlenhydrate und einer hohen Zufuhr von Fetten, was zur Bildung von Ketonkörpern führt, die als Hauptbrennstoff für das Gehirn dienen.

Heute wird in der Forschung untersucht, welche Auswirkungen sie auf Alzheimer, Parkinson und bestimmte psychiatrische Störungen haben könnte. Zu den vorgeschlagenen Wirkmechanismen gehören eine bessere Energiebereitstellung, eine Verringerung von Entzündungen und ein Schutz vor oxidativem Stress.

Ihr stark restriktiver Charakter schränkt jedoch die langfristige Umsetzbarkeit ein und kann zu bestimmten Mängeln (Ballaststoffe, Vitamine, Mineralstoffe), Verdauungsproblemen oder metabolischen Ungleichgewichten führen. Ihre Anwendung wird daher in der Allgemeinbevölkerung ohne spezialisierte ärztliche Begleitung nicht empfohlen.

## Vergleich mit der mediterranen Ernährung

Die mediterrane Ernährung ist eines der am besten untersuchten und wissenschaftlich bestätigten Ernährungsmodelle. Sie basiert auf einem bevorzugten Verzehr von Obst, Gemüse, Olivenöl, Nüssen und Fisch, während rotes Fleisch und zugesetzter Zucker begrenzt werden. Diese Ernährungsgewohnheiten sind mit einer Verlangsamung des kognitiven Abbaus und einer Verringerung des Demenzrisikos verbunden.

Im Vergleich zur ketogenen Ernährung hat sie den Vorteil, flexibler und gesellschaftlich leichter integrierbar zu sein. Ihre langfristige Umsetzbarkeit ist günstiger, was sie zu einem nachhaltigen Ernährungsansatz macht.

→ Während die ketogene Ernährung eine gezielte therapeutische Strategie bleibt, stellt die mediterrane Ernährung ein Präventionsfundament dar, das durch mehrere Jahrzehnte Forschung bestätigt wurde.

## Besondere Aufmerksamkeit für Menschen mit Diabetes

Bei Menschen mit Diabetes spielt die Ernährung eine zentrale Rolle, da Blutzuckerschwankungen die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Konzentration beeinflussen können.

Ein stabiler Blutzuckerspiegel trägt dazu bei, nicht nur die Gehirnfunktionen, sondern auch das metabolische Gleichgewicht und den allgemeinen Gesundheitszustand zu erhalten. Daher wird empfohlen, eine Ernährung mit niedrigem glykämischen Index, reich an Ballaststoffen und hochwertigen Fetten zu bevorzugen, um Schwankungen zu begrenzen und die kognitiven Funktionen langfristig zu unterstützen.

Jegliche Änderung des Ernährungsplans sollte mit Vorsicht erfolgen und unter Begleitung von qualifizierten Fachkräften des Gesundheitswesens, um eine personalisierte und sichere Betreuung zu gewährleisten.

Das Team des Maison du Diabète ist für Sie da!

Anaïs Humblot  
Diététicienne

# Galettes de chou-fleur

## Ingrédients pour 4 personnes :

- 200 g de chou-fleur
- 100 g de flocons d'avoine à petits grains
- 1 œuf
- 25 g de graines de sésame
- 75 g de fromage blanc (type quark)
- 100 g de mozzarella ou emmental râpé
- 1 oignon rouge
- ½ bouquet de persil
- 1 c. à café de bouillon de légumes
- Poivre



## Préparation :

Râper le chou-fleur et le mélanger avec les flocons d'avoine, le fromage râpé, le sésame et l'œuf. Hacher finement l'oignon et le persil, puis les ajouter au mélange. Incorporer le fromage blanc et assaisonner avec le bouillon de légumes et le poivre. Bien mélanger le tout.

Presser la préparation dans le saladier et laisser reposer 30 minutes.

Préchauffer le four à 160°C (chaleur tournante) et préparer un plat allant au four.

Former de petites galettes avec la préparation et les faire dorer des deux côtés dans une poêle chaude avec un peu d'huile.

Terminer la cuisson au four. (15-20 minutes).

Servir les galettes accompagnées d'un fromage blanc aux herbes, d'une salade de carottes ou d'une soupe au potiron.

Bon appétit,

Françoise Kinsoen,  
Diététicienne

# Butternut Kürbis gefüllt mit Ziegenkäse und Kastanien

## Zutaten (4 Personen)

- 110 g geschälte Kastanien
- 600 g gekochte grüne Linsen
- 1 Knoblauchzehe (gehackt)
- 300 g Champignons
- 200 g Zwiebeln (gehackt)
- 2 Butternut - Kürbis
- 100 g Ziegenkäse (Rolle) gewürfelt
- Thymian
- Olivenöl
- Salz, Pfeffer

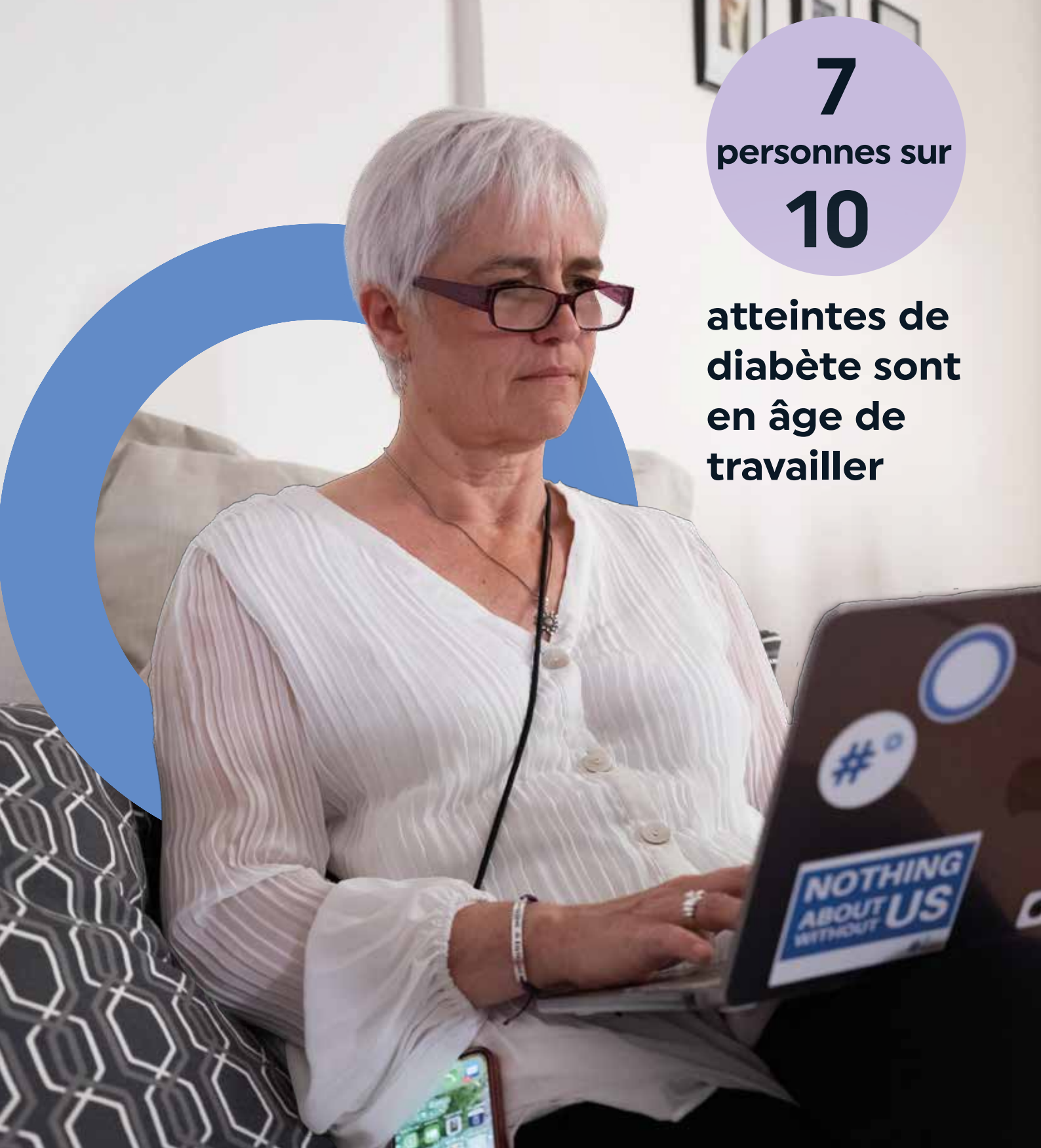


## Zubereitung:

1. Den Backofen auf 180°C vorheizen
2. Den Butternuss Kürbis halbieren, die Kerne entfernen und das Fruchtfleisch leicht aushöhlen.
3. Knoblauch und Zwiebel in einer Pfanne mit etwas Olivenöl anbraten.
4. Die gewürfelten Champignons, gehackte Kastanien, Linsen und Ziegenkäse hinzufügen, mit Salz, Pfeffer und Thymian würzen und etwa 5 Minuten kochen lassen.
5. Den Butternusskürbis mit der Füllung füllen, die 2 Hälften aufeinanderlegen und mit einer Schnur wie einen Braten zusammenbinden.
6. Etwa 1 Stunde backen

## Variante :

Sie können die Kürbishälften auch einzeln füllen und anstelle von Ziegenkäse mit etwas geriebenem Käse in einer Auflaufform überbacken.



**7**  
personnes sur  
**10**

**atteintes de  
diabète sont  
en âge de  
travailler**

**S'informer et s'engager pour  
le diabète au travail**

**#VivreAvecLeDiabète**

Une campagne menée par la  
Fédération Internationale du Diabète



journée mondiale du diabète  
14 novembre



# Diabète et bien-être au travail

En 2025, la Journée mondiale du diabète poursuit la thématique 2024-2026 : **Diabète et bien-être**. Cette année, l'accent est mis sur un enjeu crucial : le bien-être au travail.

Près de 430 millions de personnes vivant avec un diabète sont en âge de travailler. Pourtant, beaucoup font face à la stigmatisation, à un manque de compréhension de leurs besoins et à des environnements professionnels parfois inadaptés. Stress, fatigue chronique, horaires irréguliers ou absence de soutien psychologique pèsent lourdement sur leur qualité de vie.

Voilà pourquoi, la Fédération internationale du diabète appelle cette année à la création de lieux de travail plus inclusifs et plus solidaires, où les personnes avec un diabète se sentent soutenues et non stigmatisées.

Il est temps d'éliminer les idées reçues, de former les employeurs et de favoriser des environnements où les employés vivant avec un diabète peuvent gérer leur maladie sans crainte.

En renforçant la sensibilisation et la compréhension, nous pouvons garantir des lieux de travail où les personnes se sentent en sécurité, valorisées et capables de s'épanouir, sans compromettre leur santé ou leurs ambitions.

## Une continuité dans notre engagement

Depuis quelques mois déjà, l'ALD s'est engagée dans cette thématique.

- Notre dernier journal 3/2025, était consacré à ce sujet et soulignait combien la santé mentale, émotionnelle et sociale est indissociable du suivi médical.
- En juin 2025, nous avons organisé une conférence entièrement dédiée au travail et au diabète, qui a rencontré un vif intérêt auprès du public et des professionnels.

Ces événements, complétés par nos **ateliers éducatifs et de prévention**, visent à réduire la stigmatisation, renforcer la sensibilisation et promouvoir un environnement plus inclusif.

La Journée mondiale du diabète 2025 nous rappelle que le bien-être va au-delà du traitement médical. Il s'agit aussi de permettre à chacun de s'épanouir dans son quotidien, y compris au travail.

**Diabète et bien-être au travail**





journée mondiale du diabète

**Jeudi, 13 novembre 2025**

18.00 heures : Exposition  
19.00 heures : Conférences

Hôtel Parc Belle-Vue  
5, av. Marie-Thérèse  
L-2132 Luxembourg

# Agenda



November  
**10**

Online: 19:00–20:30  
**Qu'est ce que le diabète (FR)**

November  
**17**

Rencontre: 17:00–19:00  
**Pumpentreff (LU)**

November  
**18**

Cours: 17:00–20:00  
**Diabetes und (Selbst-) Hypnose (LU)**

November  
**18**

17:30–20:30 (école du goût/Brandenburg)  
**Wintergemüse (LU)**

November  
**26**

Rencontre: 17:00–19:00  
**Afterwork (LU/FR/D/ENG)**

Dezember  
**01**

Cours: 14:00–16:00  
**Klar denken mit Diabetes (LU)**

Dezember  
**03**

Kachkurs: 17:30–20:30  
**Raclette mal anders (LU)**

Dezember  
**04**

Cours: 18:00–20:00  
**Emotions et diabète (FR)**

Dezember  
**11**

Online: 19:00–20:30  
**Prädiabetes (LU)**

Dezember  
**15**

Cours: 17:30–19:30  
**Alternatives végétales (FR)**

Januar  
**07**  
2026

Cours: 14:00–16:00  
**Collations gourmandes  
et adaptées (FR)**

# In Memoriam

**Madame Elisabeth CORREIA DE SOUSA**

**Monsieur Aloyse GESCHWIND**

**Monsieur le Docteur Nicolas KNAUF**

**Monsieur Vitor Manuel MANCO**

Toutes nos condoléances aux familles en deuil et un grand merci pour les généreux dons au profit de l'ALD.



## POMPE À INSULINE T:SLIM X2 ÉQUIPÉE DE LA TECHNOLOGIE CONTROL-IQ

**MAINTENANT AVEC  
DEXCOM G6 ET G7 !**

Dites adieu à la technologie obsolète et profitez d'une **plus grande liberté de choix** avec une pompe à insuline toujours à jour, jamais dépassée.

Visitez notre site web pour plus d'informations:

[WWW.MAKINGDIABETEEASIER.COM/BE](http://WWW.MAKINGDIABETEEASIER.COM/BE)

### Suivez-nous :

Making Diabetes Easier by VitalAire Belgium  
 @makingdiabeteseasier\_be

Il est de la responsabilité du patient de lire le manuel du fabricant.

CE 2797

**TANDEM**  
Diabetes Care

V20\_05-2024

# Vu Mënsch zu Mënsch – Diabeetes hautno

An dëser Rubrik ginn eis méi oder manner bekannte Leit, di mat Diabeetes liewen e klengen Abléck an hieren Alldag mat hierer Krankheet.



Typ-2-Diabetes gilt noch immer als Erkrankung des höheren Lebensalters – mit entsprechenden gesellschaftlichen Bildern und Zuschreibungen. Menschen, die bereits in jungen Jahren mit der Diagnose konfrontiert werden, erleben häufig Unverständnis und nicht selten auch direkte Schuldzuweisungen.

Caroline, bekannt unter dem Instagram-Namen @sweet.caromell.type2, erhielt ihre Diagnose mit Ende 20. Seither engagiert sie sich für Aufklärung, Sichtbarkeit und einen wertschätzenden Umgang mit Typ-2-Diabetes. Im folgenden Interview berichtet sie, wie sie die Diagnose verarbeitet hat, welche Rolle psychosoziale Faktoren spielen – und warum eine differenzierte öffentliche Wahrnehmung von Typ-2-Diabetes längst überfällig ist.

## 1. Deine Typ-2-Diagnose kam mit nur 27 Jahren – wie hast du dich damals gefühlt und was war der größte erste Schockmoment?

Meine Diagnose war ein reiner Zufall. Ein halbes Jahr zuvor hatte ich rote Flecken an den Schienbeinen bekommen, die sehr hartnäckig blieben und mit der Zeit größer und dunkler wurden. Nach zahlreichen Kortison-Salben und einigen Hautproben empfahl mir schließlich eine Freundin, ein Blutbild beim Hausarzt machen zu lassen. Gesagt, getan – und bei der Besprechung kam dann die Diagnose „Typ-2-Diabetes“ raus.

Die Diagnose an sich war für mich der größte Schock. Zwar ist Typ-2-Diabetes präsent in unserer Familiengeschichte, aber ich hatte zu diesem Zeitpunkt keinerlei Wissen über die Erkrankung. Gerade dieses Unbekannte hat mir große Angst gemacht. Fragen wie „Werde ich noch alt?“, „Was bedeutet das für einen Kinderwunsch?“, oder „Werde ich im Alltag eingeschränkt sein?“, haben mich häufig beschäftigt.

Es hat einige Monate gebraucht, bis ich die Erkrankung akzeptieren konnte. Heute habe ich gelernt, damit zu leben – aber das heißt nicht, dass immer alles optimal läuft oder ich mich nie eingeschränkt fühle.

## 2. Viele Menschen verbinden Typ-2-Diabetes noch immer mit älteren Personen. Was denkst Du: Warum hält sich dieses Bild so hartnäckig – und was fehlt in der öffentlichen Darstellung?

Auch ich dachte vor meiner Diagnose, dass nur ältere Menschen an Typ-2-Diabetes erkranken, da in meinem näheren Umfeld nur meine Großmütter betroffen waren. Das Klischee passte also. Zumal es früher oftmals so war, dass man erst im höheren Alter Typ-2-Diabetes bekam. Doch mit dem Wandel der Zeit und den entsprechenden Einflussfaktoren werden Betroffene heutzutage immer jünger.

Das Typ-2-Diabetes nur ältere Personen bekommen, ist nur eines von vielen hartnäckigen Vorurteilen basierend auf veralteten Denkmustern. Besonders schlimm finde ich, dass Menschen Übergewicht oft in direkte Verbindung mit Typ-2-Diabetes bringen und somit alle Menschen mit Mehrgewicht über einen Kamm schert.

## 3. Wie strukturierst Du heute deinen Alltag mit Ernährung und Bewegung – und welche Veränderungen waren für dich am wirkungsvollsten?

Ich achte bewusst darauf aktiv im Alltag zu sein. Da ich inmitten von Weinbergen lebe, gehe ich in der Mittagspause oder nach Feierabend sehr gerne eine große Runde spazieren. Das macht den Kopf frei, senkt den Blutzucker und lässt sich für mich leichter umsetzen als ein Sportprogramm. Zusätzlich gehe ich noch 1-2x ins Fitnessstudio oder schwimmen.



Bei der Ernährung befolge ich die 80/20-Regel, also 80% gesund und 20% schlemmen. Das hilft mir, mich weniger unter Druck zu setzen und ich vermeide Verbote.

Mein größter Gamechanger in Sachen „Ernährung“ war und ist Meal Prep: Ich bereite am Tag zuvor mein Mittagessen für die Arbeit vor, was langfristig nicht nur den Geldbeutel schont, sondern mir auch hilft, meine Ernährung konsequenter und gesünder umzusetzen.

## 4. Dein Partner und Änderungen im Job spielen eine große Rolle bei deiner Umstellung – wie hast Du das Umfeld verändert und wie unterstützen dich Familie und Freunde?

Diabetes ist etwas, womit man in erster Linie selbst umgehen muss. Doch es ist immer schön, wenn das Umfeld beim Diabetes Management unterstützt. In meinem Falle habe ich das große Glück, dass mein Partner sich gerne gesund ernährt und wir somit immer am selben Strang ziehen. Und natürlich ist er für mich eine immense mentale Unterstützung – gerade in Zeiten, wo es vielleicht mit dem Diabetes nicht so rund läuft. Aber auch meine Freunde sind sehr unterstützend, dank ihnen komme ich auch am Wochenende regelmäßig auf meine 10.000 Schritte.

## 5. Viele mit Typ-2 fühlen sich mitschuldig an ihrer Erkrankung. Wie bist du mit diesen Gedanken umgegangen – und was würdest du anderen sagen, die sich selbst verurteilen?

Als ich meinen Instagram-Kanal [sweet.caromell.type2](#) gestartet hatte, wo ich über mein Leben mit Typ-2-Diabetes berichte, bekam ich nach kurzer Zeit eine Anfrage für ein Interview. Dort fiel eine Aussage, die mir bis heute in guter Erinnerung geblieben ist und mir sehr bei der Selbstakzeptanz geholfen hat: Es gibt Menschen, die werden mit einem leeren Glas Wasser geboren. Mit jeder Entscheidung und jedem Einfluss füllt sich dieses Glas Tropfen um Tropfen, bis es voll ist. In meinem Falle – und auch bei vielen anderen Menschen mit Typ-2-Diabetes – ist das Glas bei der Geburt durch die Genetik bereits halb voll. Sprich, egal wie gut wir uns ernähren, bewegen und achtsam mit uns umgehen, unsere Voraussetzungen waren von Anfang an erschwert. Sich das bewusst vor Augen zu halten, hat mir sehr geholfen, nicht ständig in Schuld und Scham zu verfallen.

### 6. Du warst Teil der Diabetes-Anker\* Community als Autorin – welche Rückmeldungen von Follower\*innen berühren dich besonders und welche Botschaft möchtest du anderen Betroffenen mit auf den Weg geben?

Als junge Frau mit Typ-2-Diabetes bewusst in den Sozialen Medien sichtbar zu werden, kostete am Anfang viel Überwindung. Die Stigmatisierung ist groß und Typ-2-Diabetes hat einen schlechten Ruf in der Gesellschaft. Aber nach meiner Diagnose hätte ich mir genau das gewünscht: eine junge Stimme, die offen von ihrem Leben mit Diabetes berichtet und inspiriert. Da ich aus der Generation „Social Media“ komme, war das meine erste Anlaufstelle. Es gibt leider bis heute wenige Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mediale Präsenz zeigen, daher habe ich beschlossen selbst diese Person zu sein. Und das Feedback ist seitdem rundum positiv! Mich erreichen immer wieder Nachrichten von Menschen, die entweder neu diagnostiziert wurden oder schon länger mit Diabetes Typ2 leben. Und es ist einfach immer interessant, denn so individuell jeder Mensch ist, so individuell ist natürlich auch jeder Diabetes.

Als Community-Autorin beim Diabetes Anker habe ich die Chance durch meine Blogbeiträge die Zeit nach der Diagnose und den damit verbundenen Themen neu aufzuarbeiten, was somit ein guter Leitfaden für Neu-Diagnostizierte ist. Und natürlich freue ich mich immer, wenn ich jemanden mit meinen Erfahrungen helfen kann!

\* **Diabetes Anker** ist ein Informations- und Beratungsangebot, das speziell für Menschen mit Diabetes und ihre Angehörigen entwickelt wurde <https://diabetes-anker.de/>

#### **Sprache beeinflusst, wie wir über Diabetes denken – und wie sich Betroffene fühlen.**

Begriffe wie „Diabetiker“ oder „insulinpflichtig“ reduzieren Menschen auf ihre Erkrankung und können Schuld, Scham oder Ausgrenzung verstärken. Die internationale Bewegung „Language Matters“ setzt deshalb für einen respektvollen, nicht stigmatisierenden Sprachgebrauch im Gesundheitswesen ein – besonders im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes.

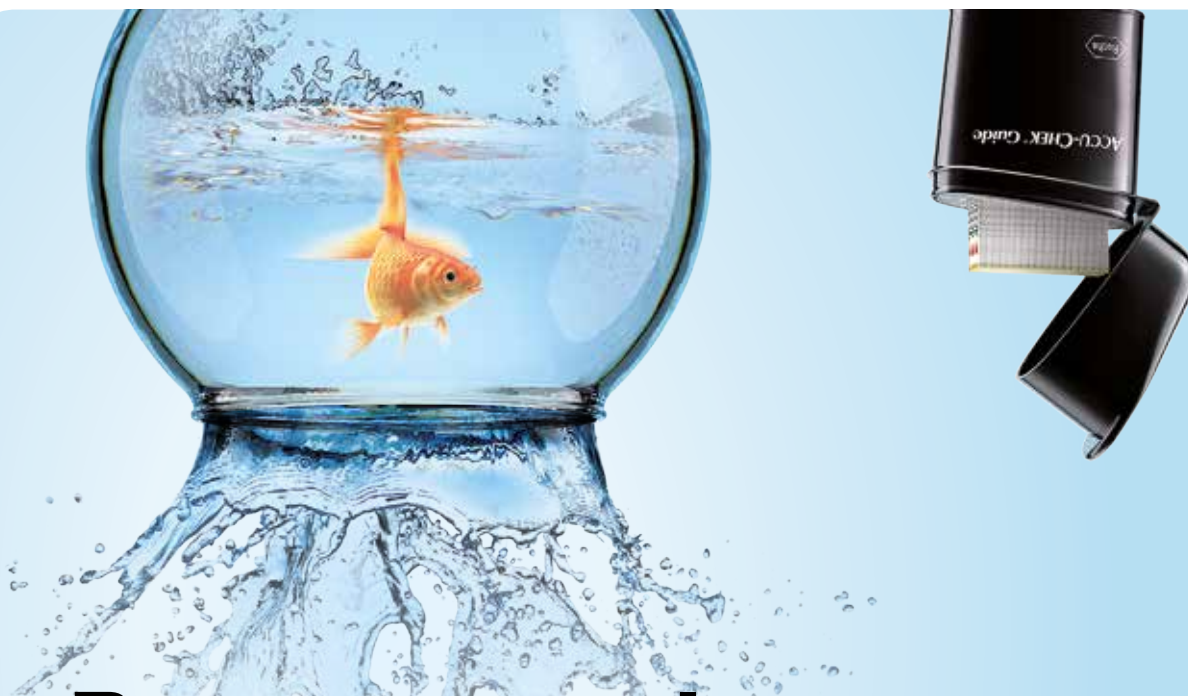
Ihr Ziel: Worte finden, die informieren statt verletzen, stärken statt beschämen – und den Menschen in den Mittelpunkt stellen, nicht die Diagnose.



### 7. Was wünschst du dir von Fachpersonal, Medien und deinem Umfeld im Hinblick auf die Sprache rund um Diabetes? Welche Formulierungen empfindest du als hilfreich – und welche als stigmatisierend?

Sprache ist gerade bei chronischen Erkrankungen ein sensibles Thema, denn jeder reagiert anders. Wichtig finde ich, dass gerade Fachpersonal auf bestimmte Bezeichnungen achtet, damit Betroffene nicht stigmatisiert werden und sich somit unwohl fühlen. Denn das kann zur Konsequenz haben, dass Betroffene Arzttermine verstreichen lassen. Besonders schlimm finde ich den Begriff „Zuckerkrankheit“, der sich vor allem auch in Deutschland als Synonym für Diabetes eingeschlichen hat. Er beruht u. a. auf einem alten Vorurteil gegenüber Typ-2-Diabetes: Zucker allein ist nicht die Ursache für Typ-2-Diabetes. Auch finde ich es problematisch, wenn man vom „schlimmeren Diabetes“ spricht und somit Diabetes Typen gegeneinanderstellt. Es gibt keinen vorteilhaften Diabetes. Jeder Typ bringt seine eigenen Herausforderungen mit sich. Lediglich die Behandlung kann variieren.

Interview: Kerstin Haller



# Renversante, la mesure de la glycémie

Accu-Chek® Guide

Nouveau: mes valeurs, simplement dans l'application mySugr

- Boîte intelligente: aucun risque de renverser les bandelettes réactives
- Éclairage des bandelettes réactives
- Zone d'application étendue et absorbante
- Éjection automatique et donc hygiénique de la bandelette
- Données transférables sur un smartphone



PROPHAC s.à.r.l.  
5, Rangwee - L-2412 Howald  
Tél. : (+352) 482 482 500  
Fax : (+352) 482 482-482  
diagnostics@prophac.lu  
www.prophac.lu

**PROPHAC**

ACCU-CHEK et ACCU-CHEK GUIDE sont des marques de Roche.  
mySugr est une marque de mySugr GmbH. Tous les autres noms de produits et marques sont la propriété de leurs propriétaires respectifs.



Roche Diabetes Care (Suisse) SA  
Industriestrasse 7 · 6343 Rotkreuz

**ACCU-CHEK®**



Le diabète  
vous  
concerne ?

La Maison du Diabète de l'ALD vous propose:

- une permanence téléphonique
- un accueil pour les personnes vivant avec un diabète et leurs familles
- des conseils personnalisés par des professionnels spécialisés
- des séances d'éducation en groupe
- des activités sociales et sportives
- de la documentation et des informations
- des conférences, formations



Intéressés ?  
Alors contactez-nous!  
[www.ald.lu](http://www.ald.lu)  
T: 48 53 61  
[info@ald.lu](mailto:info@ald.lu)

Association Luxembourgeoise du Diabète a.s.b.l.

143, rue de Mühlenbach  
L-2168 Luxembourg

PERIODIQUE



Envois non distribuables à retourner à:  
L-3290 BETTEMBOURG

**PORT PAYÉ**  
**PS/078**