

Die Stellschrauben der antidiabetischen Behandlung

Das Armamentarium zur Behandlung des Typ-2 Diabetes ist in den letzten Jahren beständig gewachsen. In Berlin diskutierten Experten verschiedene Therapiestrategien, um jeweils unterschiedliche Ziele zu erreichen. Hinsichtlich des HbA_{1c} kann ärztlicherseits eine reaktive oder proaktive Haltung eingenommen werden. Dessen Einstellung hat differente Auswirkungen auf mikro- und makrovaskuläre Ereignisse. Bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte jedoch tritt das Cholesterin in den Vordergrund.

Wird ein Typ-2-Diabetes (T2D) diagnostiziert, so Prof. Dirk Müller-Wieland, RWTH Aachen, „können wir – nach Lebensstilmaßnahmen – mit oralen Antidiabetika (OAD) intervenieren.“ Metformin kann zunächst allein verabreicht werden. Sodann ist eine Kombination mit einem DPP-4-Hemmer (z.B. Sitagliptin/Metformin, Janumet®) oder einem SGLT-2-Inhibitor möglich.

Reaktives oder proaktives Management

Der Arzt kann zunächst vorsichtig intervenieren, was ihn jedoch immer wieder zu Reaktionen zwingt, und den Patienten nur zeitweise im HbA_{1c}-Zielbereich hält.

Oder er betreibt ein „proaktives Management mit einer frühen Kombination zweier OAD.“ Dass letztere Option Vorteile für den Patienten zeitigt, so Müller-Wieland, haben die Daten einer großen retrospektiven Kohortenstudie* gezeigt, in welcher über 90 000 T2D-Patienten über bis zu mehr als 20 Jahre beobachtet wurden.

Die Patienten, welche zu Beginn der Behandlung über 12 Monate im therapeutischen Bereich eines HbA_{1c} von kleiner 7% gehalten wurden, hatten langfristig ein erheblich besseres Outcome als die Patienten, welche ein reaktives Therapieregime erhielten. Bei letzteren stieg die Rate an Myokardinfarkten um 80% gegenüber den kontrollierten T2D-Patienten, die Herzinsuffizienz trat um 63% häufiger auf und es wurden 50% mehr Schlaganfälle dokumentiert [1].

Allerdings muss man auch wissen, so der Diabetologe weiter, welchen Einfluss der HbA_{1c} auf mikro- oder makrovaskuläre Komplikationen hat. Steigt die Ereignisrate von Retino- und Nephropathie bereits bei einem Wert über 7% exponentiell

* United Kingdom Clinical Practice Research DataLink

stark an, so beeinflusst eine Senkung des HbA_{1c}, sofern er sich im Bereich unterhalb von 8,5% bewegt, nur wenig makrovaskuläre Ereignisse.

Hier zeigte die IMPROVE-IT-Studie, wie Prof. Christian A. Schneider, Köln, darlegte, deutliche Effekte einer drastischen Senkung des LDL-Cholesterins bezüglich makrovaskulärer Endpunkte. Durch eine zusätzliche Gabe von Ezetimib zum Simvastatin wurde ein Zielwert von median 50 mg/dl gegenüber 70 mg/dl des LDL erreicht. Diese Differenz bewirkte eine Reduktion aller nichttödlichen Myokardinfarkte um 13% sowie aller nicht-tödlicher Insulte um 23%, unterstrich Schneider; diese Ergebnisse beruhen auf der 6-Jahres Follow-up-Auswertung der Studie [2].
Reimund Freye, Baden-Baden

Literatur

- 1 Paul SK et al. Cardiovasc Diabetol 2015, DOI 10.1186/s12933-015-0260-x
- 2 Murphy SA et al. J Am Coll Cardiol 2016; 67: 353–361

Quelle: Satellitensymposium: „Mikro- und makrovaskuläre Folgeschäden vermeiden – Evidenzbasierte Therapie für Ihre Patienten mit T-2 Diabetes“, im Rahmen der 51. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Berlin, 4. Mai 2016. Veranstalter: MSD