Wenn die Spritze nötig wird

Insulin oder GLP-1-Analoga?

Kann das HbA_{1c}-Ziel mit oralen Antidiabetika nicht erreicht werden, ist eine injizierbare Diabetestherapie notwendig. Dafür stehen heute zwei Strategien zur Verfügung: Insuline und GLP-1-Rezeptoragonisten. Hier gilt es, das Für und Wider dieser beiden Substanzgruppen für jeden Patienten gegeneinander abzuwägen.

Keine Frage, die Therapieentscheidung bei Typ-2-Diabetes ist durch die Einführung neuer Medikamente und Strategien wesentlich komplexer geworden. Auch wenn die offiziellen DDG-Leitlinien Handlungsweisen vorgeben, sollten im Alltag auch die Erfahrung des behandelnden Arztes sowie die Patientenbedürfnisse berücksichtigt werden. „Bei der Therapie von Typ-2-Diabetikern zeigt sich die ärztliche Kunst“, sagte Dr. Alexander Risse, Dortmund. Eine moderne Diabetestherapie sei individuell, wobei der Krankheitsverlauf und die therapieassoziierten Risiken zu berücksichtigen sind.

Pro Insulintherapie

Wenn der HbA_{1c}-Wert mit Metformin zwischen 6,5 und 7,5% liegt, sollte den DDG-Leitlinien zufolge ein zweites orales Antidiabetikum oder ein GLP-1-Agonist zum Einsatz kommen. Bei einem HbA_{1c}-Wert mit Metformin > 7,5% wird die Einleitung einer Insulintherapie empfohlen. „Diese Empfehlungen sollte man jedoch nicht dogmatisch sehen, denn die Entscheidung für eine bestimmte Strategie sei häufig auch denkstilgebunden“, sagte Risse.

Für den Beginn einer Insulintherapie nach Versagen der oralen Medikation spricht zunächst die langjährige Erfahrung mit Insulin. Zudem erlauben die Insulintherapieansätze auch eine gewisse Individualisierung. Am einfachsten ist die Gabe eines Basalinsulins, wobei die orale Medikation fortgeführt wird (basal unterstützten oralen Therapie, BOT). Die lang wirksamen Insulinanaloga Glargin und Demir haben dabei den Vorteil eines geringeren Hypoglykämierisikos als NPH-Insulin. Auch die ein- oder zweimal tägliche Gabe eines Mischinsulins ist besonders für betagte Patienten sinnvoll, bei denen die HbA_{1c}-Ziele weniger streng gesetzt werden. „Am physiologischsten jedoch ist die präprandiale Insulingabe im Sinne einer funktionellen Insulintherapie“, so Risse. Sie erfordere aber eine gewisse Flexibilität der Patienten. Gleiches gilt für die intensivierte Insulintherapie nach dem Basis-Bolus-Prinzip.

Contra Insulin

Auch wenn zwischen den verschiedenen Regimen Unterschiede bestehen, so geht eine Insulintherapie meist mit einer signifikanten Gewichtszunahme einher. Das erschwert die Stoffwechseleinstellung und

macht eine ständige Dosisanpassung erforderlich. Zudem ist eine Insulintherapie immer mit einem Hypoglykämierisiko assoziiert. Solche Hypoglykämien können aktuellen Studien zufolge die Prognose quoad vitam verschlechtern, da durch eine Unterzuckerung etwa maligne Herzrhythmusstörungen induziert werden können.

Pro GLP-1-Rezeptoragonisten

Ein relativ neues Therapiekonzept sind die GLP-1-Agonisten. Von ihnen stehen bisher Exenatide und Liraglutid zur Verfügung. Für sie spricht, dass nicht nur der HbA_{1c}-Wert signifikant reduziert wird, sondern auch zusätzlich andere kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Übergewicht, Hyperlipoproteinämie und Hypertonie positiv beeinflusst werden, so Prof. Matthias Frank, Neunkirchen. Darüber hinaus besteht kein erhöhtes Hypoglykämierisiko. Es gibt Hinweise darauf, dass mit dieser Substanzgruppe auch die Betazellfunktion langfristig erhalten werden kann. Deshalb sei es wichtig, im Diabetesverlauf möglichst frühzeitig mit diesem Therapieprinzip zu beginnen, um dem fortschreitenden Verlust der Betazellen entgegenzuwirken. Dies ist vor allem bei Patienten mit besonders erhöhtem kardiovaskulärem Risiko sinnvoll. Ein GLP-1-Analagon ist auch dann besonders ratsam, wenn mit der bisherigen Therapie keine deutliche Gewichtsreduktion eingetreten ist. Zumal die Gewichtsreduktion mit diesen Wirkstoffen nachhaltig sei, so Frank.

Contra GLP-1-Rezeptoragonisten

GLP-1-Agonisten hemmen die Magenentleerung und fördern die Sättigung, was häufig als Übelkeit empfunden wird. Das könne den progressiven Gewichtsverlust erklären, so Frank. Doch sollte man dies nicht als unerwünschten Effekt interpretieren, sondern als Teil der erwünschten Wirkung. „Machen Sie aus der Not eine Tugend“, so Frank. Denn bei adipösen Typ-2-Diabetikern sei das Sättigungsgefühl oft gestört und der GLP-1-Agonist wirkt nur auf die mahlzeitenbezogene Sättigung. Somit könne dieser Ansatz den Patienten helfen, ihr gestörtes Essverhalten zu ändern.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Quelle: Symposium im Rahmen der DDG-DAG-Tagung, 5.11.2010 in Berlin