**Was ist neu in der medikamentösen Therapie?
Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.**

Patient unter NSAR-Therapie

Achten Sie auf Leistungseinschränkungen durch Anämie!

— Schätzungsweise 2000 Patienten sterben jedes Jahr an den Folgen einer durch NSAR verursachten gastrointestinalen Blutung. Sie sind jedoch nur die Spitze des Eisbergs. Bei einer weitaus größeren Zahl von Patienten kommt es unter NSAR-Therapie zu einer klinisch relevanten Anämie. Diese ist einer der wesentlichen Gründe, warum Patienten mit rheumatischen Erkrankungen unter einer klassischen NSAR-Therapie häufig in ihrer Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt sind, erklärte Prof. Markus Gaubitz, Münster.

Durch Verwendung von klassischen NSAR in Kombination mit einem Protonenpumpen-Inhibitor wird nur der obere, nicht aber der untere Gastrointestinaltrakt ab dem Treitzschen Band geschützt. Mit einem deutlich geringeren Risiko für Anämie und GI-Blutung geht die Behandlung mit dem selektiven COX-2-Hemmer Celecoxib (Celebrex®) einher, wie die CONDOR-Studie jetzt bestätigt hat. In dieser Studie kam erstmals ein neuer Endpunkt zum Einsatz, der alle

Komplikationen im oberen sowie im unteren Magen-Darm-Trakt berücksichtigt.

Coxib sicherer als NSAR plus PPI

An CONDOR nahmen 4484 Patienten mit Arthrose oder rheumatoider Arthritis teil, die über sechs Monate entweder mit Celecoxib (2 x 200 mg/d) oder mit Diclofenac (2 x 75 mg/d) plus Omeprazol (1 x 20 mg/d) behandelt wurden. Mit dem selektiven COX-2-Hemmer traten nur 20

klinisch relevante gastrointestinale Ereignisse auf im Vergleich zu 81 in der Diclofenac/Omeprazol-Gruppe.

Wie Gaubitz betonte, fiel der Hämoglobinwert nur bei 10,2% der Celecoxib-Patienten unter den Grenzwert von 11,5 g/dl ab. In der Diclofenac/Omeprazol-Gruppe war dies dagegen bei 89,9% der Fall. Diese Ergebnisse weisen Celecoxib als Mittel der ersten Wahl für alle Rheumapatienten mit erhöhtem gastrointestinalem Risiko aus, so Gaubitz. Sehr viel seltener als unter klassischen NSAR kommt es zu einer belastenden Anämie.

Ziel der Rheumatherapie sollte auch die Verbesserung der Leistungsfähigkeit sein, um die Patienten zu körperlicher Aktivität zu motivieren, so Gaubitz. Generell sollte der Arzt nach Leistungseinschränkungen fragen und auf NSAR/Coxib-induzierte Nebenwirkungen im Gastrointestinaltrakt achten.

Eine Anämie bei NSAR-Patienten kann Zeichen einer GI-Blutung sein.

© Arteria Photography

■ Dagmar Jäger-Becker
Quelle: Symposium, Rheumakongress, Hamburg, 17. September 2010 (Veranstalter: Pfizer)

Typ-2-Diabetes

Moderne Behandlungsoptionen nutzen

— Deutschland ist Doppel-Europameister: In der Bundesrepublik ist nicht nur die Rate an übergewichtigen Frauen und Männern am höchsten, sondern mit 12% auch der Anteil an erwachsenen Diabetikern. Prof. Dr. Reinhard G. Bretzel, Gießen, wies darauf hin, dass verschiedene Faktoren wie chronische Hyperglykämie, Hy-

perlipidämie, proinflammatorische Zytokine und Amyloidablagerungen in den Langerhansschen Inseln zu einem progressivem Betazellverlust führen. Ein innovatives Antidiabetikum sollte zum einen die Insulinsekretion in Abhängigkeit von der Glukosekonzentration verbessern – möglichst ohne Gewichtszu-

nahme und ohne Hypoglykämierisiko. Zum anderen sollte es zur Regeneration der Betazellen beitragen.

Genau das lässt sich offenbar mit DPP-4-Hemmern wie Sitagliptin (z. B. Januvia®) erreichen, die die Konzentration von Inkretinhormonen im Dünndarm erhöhen. Inkretinhormone wie Glucagon-like