Wenn eine injizierbare Diabetestherapie notwendig wird

Insulin oder GLP-1-Analoga?

Wenn mit oralen Antidiabetika der HbA_{1c}-Zielwert nicht erreicht werden kann, wird eine injizierbare Diabetestherapie nötig. Dafür stehen heute zwei Strategien zur Verfügung: Insuline und GLP-1-Rezeptoragonisten. Der Arzt hat die Aufgabe, beim einzelnen Patienten das Für und Wider dieser beiden verschiedenen Substanzgruppen gegeneinander abzuwägen.

© Photos.com plus

— Durch die Einführung neuer Therapiestrategien ist die Behandlung des Typ-2-Diabetes in den letzten Jahren wesentlich komplexer geworden. Zwar geben die offiziellen Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft entsprechende Handlungsanleitungen vor. Im praktischen Alltag zählen aber auch die Erfahrungen des Arztes und die Bedürfnisse des einzelnen Patienten. „Bei der Therapie des Typ-2-Diabetes zeigt sich die ärztliche Kunst“, sagte Dr. Alexander Risse, Dortmund.

Pro Insulin

Nach den Leitlinien sollte dann, wenn unter Metformin der HbA_{1c}-Wert zwischen 6,5 und 7,5% liegt, ein zweites orales Antidiabetikum oder ein injizierbares GLP-1-Analogon zum Einsatz kommen. Bei einem HbA_{1c}-Wert unter Metformin über 7,5% wird die Einleitung einer Insulintherapie empfohlen. „Diese Empfehlungen sollte man jedoch nicht dogmatisch sehen“, so Risse.

Für die Einleitung einer Insulintherapie nach Versagen der oralen Therapie spricht zunächst die langjährige Erfahrung mit dieser Substanzgruppe. Darüber hinaus erlauben die verschiedenen Insulin-Therapieansätze auch eine gewisse Individualisierung der Be-

handlung. Am einfachsten bei der konventionellen Insulintherapie ist die Gabe eines Basalinsulins, wobei die orale Medikation fortgeführt wird. Eine größere Sicherheit im Hinblick auf das Hypoglykämierisiko garantieren moderne lang wirksame Insulinanaloga wie Insulinglargin oder Insulindetemir. Aber auch die ein- oder zweimal tägliche Gabe eines Mischinsulins ist insbesondere für betagte Patienten, bei denen keine optimale Stoffwechseleinstellung angestrebt wird, sinnvoll.

„Am physiologischsten ist jedoch die präprandiale Insulingabe im Sinne einer funktionellen Insulintherapie“, so Risse. Sie erfordere jedoch eine gewisse Flexibilität von Seiten des Patienten. Gleiches gilt für die intensivierete Insulintherapie nach dem Basis-Bolus-Prinzip. „Grundsätzlich sollte man bedenken, dass jeder Typ-2-Diabetiker früher oder später einmal bei der Insulintherapie landet“, so Risse.

Contra Insulin

Auch wenn zwischen den verschiedenen Insulinregimen Unterschiede bestehen, geht eine Insulintherapie im Allgemeinen doch mit einer signifikanten Gewichtszunahme einher, die die Stoffwechseleinstellung erschwert. Zudem ist eine Insulintherapie immer mit einem Hypoglykämierisiko assoziiert. Solche Hypoglykämien können nach den Ergebnissen neuerer Studien die Prognose quoad vitam verschlechtern, da durch eine Unterzuckerung maligne Herzrhythmusstörungen induziert werden können.

Pro GLP-1-Rezeptoragonisten

Ein relativ neues Therapiekonzept sind die GLP-1-Rezeptoragonisten. Bisher stehen zwei Substanzen zur Verfügung: Exenatide und Liraglutide. Für die Gabe einer solchen Substanz spricht, so Prof. Matthias Frank, Neunkirchen, dass nicht nur der HbA_{1c}-Wert signifikant reduziert wird, sondern auch andere kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Übergewicht, Hyperlipoproteinämie und Hypertonie positiv beeinflusst werden. Ein GLP-1-Analogon ist besonders dann sinnvoll, wenn unter der bisherigen Therapie keine Gewichtsreduktion eingetreten ist. „Die Gewichtsreduktion unter einem GLP-1-Analogon ist nicht nur vorübergehend, sondern nachhaltig“, betonte Frank. Neuere Studien sprechen zudem dafür, dass mit diesen Substanzen bei rechtzeitigem Therapiebeginn die Betazellfunktion langfristig erhalten werden kann. Auch bestehe kein erhöhtes Hypoglykämierisiko.

Contra GLP-1-Rezeptoragonisten

GLP-1-Rezeptoragonisten hemmen die Magenentleerung und führen zu einem Sättigungsgefühl, was oft als Übelkeit empfunden wird. „Durch diese Mechanismen erklärt sich der progressive Gewichtsverlust“, so Frank. Man sollte dies nicht als unerwünschte Nebenwirkung interpretieren, sondern vielmehr als Teil der durchaus erwünschten Wirkung. „Machen Sie aus der Not eine Tugend“, so Franks Empfehlung; denn adipöse Typ-2-Diabetiker zeigten häufig ein gestörtes Sättigungsgefühl und der GLP-1-Rezeptoragonist fördere lediglich die mahlzeitenbezogene Sättigung. Die günstigen Begleiteffekte auf das kardiovaskuläre Risikoprofil sprächen für den frühen Einsatz eines GLP-1-Rezeptoragonisten, so Franks Fazit.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: 4. Herbsttagung der DDG, Berlin, 5.11.2010 (Veranstalter: Fa. Lilly)