Fallbeispiel macht deutlich:

Antidiabetische Therapie muss umsichtig angepasst und intensiviert werden

— Es ist wichtig und leitlinienkonform, sich bereits dann um eine gute Kontrolle der postprandialen Glukosewerte zu kümmern, wenn der HbA_{1c}-Zielwert trotz guter präprandialer Glukosewerte nicht erreicht wird. Das illustrierte Dr. Marcel Kaiser, Frankfurt/M. [Standards of Medical Care in Diabetes – 2016: Summary of Revisions. Diabetes Care. 2016;39(Suppl 1):S4–5].

Wenn seine
Blutzuckerwerte
nachhaltig schlecht
bleiben, droht
Gefahr.

Ein alltägliches Beispiel

Unter der Therapie mit drei oralen Antidiabetika zeigte Herr L. bei der Erstvorstellung im Februar 2016 zwar einen guten Nüchternblutzuckerwert, seine postprandialen Werte nach den abendlichen Mahlzeiten waren jedoch sehr hoch. Da der Patient unter der Behandlung mit einem SGLT2(natriumabhängiger Glukosetransporter Typ 2)-Hemmer über Jucken bzw. Brennen der Urethra klagte, wurde dieses Medikament durch Insulin aspart (NovoRapid®) zur Hauptmahlzeit abends ersetzt. Unter dieser Behandlungsstrategie wurde in den folgenden drei Monaten, bis Mai 2016, allerdings auch keine befriedigende, langfristige glykämische Kontrolle erreicht: Der HbA_{1c}-Wert betrug 7,6%, und die postprandialen Werte blieben hoch.

Daraufhin erhielt Herr L. Metformin und einen Dipeptidylpeptidase(DPP)-4-Inhibitor sowie Insulin aspart präpran-

dial zu jeder Mahlzeit. Zusätzlich wurde dem Patienten 1 × 20 mg/d Atorvastatin verordnet. „Unter dieser Behandlung erreicht Herr L. jetzt einen HbA_{1c}-Wert von 6,7%, sein mittlerer Blutglukosegehalt beträgt 146 mg/dl, und die zuvor erhöhten Blutfettwerte haben sich normalisiert“, berichtete Kaiser.

Diese Kasuistik belegt, dass hohe postprandiale Glukosewerte bei guten präprandialen Blutzuckerwerten eine Erklärung für das Nicht-Erreichen des HbA_{1c}-Zielwerts sein können. „Als Praktiker sollte man deshalb spätestens dann, wenn der HbA_{1c}-Zielwert bei einem Patienten unter einer Therapie mit zwei oralen Antidiabetika nicht erreicht wird, die postprandialen Blutzuckerwerte engmaschig kontrollieren“, schloss Kaiser.

Dr. Silke Wedekind

▪ Springer Medizin Expertenworkshop „Postprandialer Blutzucker – wird seine Bedeutung unterschätzt?“, München, September 2016 (Veranstalter: Novo Nordisk)

Neue Leitlinien

Bronchodilatation ist in allen COPD-Stadien First-Line-Therapie

— Was ist die bessere Therapie für den COPD-Patienten: Eine Kombination eines inhalativen Steroids und eines Bronchodilatators (ICS/LABA) oder die Kombination zweier Bronchodilatoren (LABA/LAMA)?

Diese Frage wurde klinisch für unterschiedliche COPD-Stadien untersucht. Der Gewinner war stets die duple Bronchodilatation. Besonders überzeugend zeigte dies der Vergleich von Indacaterol/Glycopyrronium (IND/GLY, Ultibro®) gegenüber Salmeterol/Fluticason (SFC) in der FLAME-Studie bei über 10.000 Patienten [Wedzicha JA et al. N Engl J Med. 2016;374(23):2222–34]: IND/GLY reduzierte gegenüber SFC das Risiko für akute Exazerbationen signifikant. Das Ergebnis überraschte, weil die Patienten zuvor häufig Exazerbationen erlitten hatten und des-

halb als Kandidaten für eine ICS-Therapie galten.

Die neuen Erkenntnisse schlugen sich jetzt in den aktualisierten COPD-Leitlinien nieder. Prof. Felix Herth, Thorax-Klinik der Universität Heidelberg, fasste die wichtigsten Neuerungen wie folgt zusammen:

- 1 COPD wird als Erkrankung mit respiratorischen Symptomen aufgrund von Veränderungen der Atemwege beschrieben. Gestrichen wurde die chronische Inflammation.
- 2 COPD-Exazerbationen werden neu definiert als akute Verschlechterung der Atmung, die eine Änderung der Therapie erfordert.
- 3 Für die Therapieentscheidung spielt nur noch die Exazerbations-Anamnese und die Symptomatik eine Rolle, aber nicht mehr die Lungenfunktion.

- 4 In sämtlichen COPD-Stadien erfolgt die Ersttherapie mit Bronchodilatoren. ICS bleiben reserviert für wenige Patienten mit häufigen Exazerbationen und hohen Eosinophilen-Zahlen.

Herth abschließend: „Der Therapiebeginn erfolgt künftig immer mit einer Bronchodilatation. ICS können – mit der genannten Ausnahme – ohne Nachteile für den Patienten abgesetzt werden. Ich fange mit einer Zweierkombination ein, weil die meisten Patienten diese sehr bald benötigen. Maximale Erweiterung der Atemwege erleichtert es dem Patienten, die Therapieempfehlung einer regelmäßigen körperlichen Aktivität besser umzusetzen.“

Dr. Dirk Einecke

▪ Kaminesgespräch „COPD-Therapie im Wandel: Zeit zu handeln?“, Frankfurt, November 2016 (Veranstalter: Novartis Pharma)