Individuelle Therapie bei Typ-1-Diabetes

Normal-Insulin, Insulinanaloga, Pumpe?

Die Diabetestherapie sollte individuell auf jeden Patienten abgestimmt sein. Dies gilt auch für Typ-1-Diabetiker: Sollen Normal- bzw. NPH- Insulin oder Insulinanaloga eingesetzt werden, und hat eine Insulinpumpe Vorteile? Dem tragen auch die neuen Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft zum Typ-1-Diabetes Rechnung.

Um Folgekomplikationen bei Typ-1-Diabetikern zu verhindern, sei eine individualisierte Therapie sinnvoll und nötig, sagte Dr. Knut Mai aus Berlin. Zunächst sollte das Therapieziel definiert und eine Optimierung der Stoffwechselsituation angestrebt werden. In der DCCT-Studie wurde schon vor über 20 Jahren bei 1441 Typ-1-Diabetikern eine konventionelle (CT) mit einer intensivierten Insulintherapie (ICT) verglichen. Bei der CT erhielten die Patienten nur zweimal täglich Insulin, bei der ICT mindestens dreimal, zum Teil hatten sie eine Insulinpumpe. Mit CT lag der HbA_{1c} bei etwa 9%, mit ICT bei <6,5%. „Die Analyse ergab, dass durch die ICT fast jede zweite mikrovaskuläre Komplikation in der Primär- wie in der Sekundärprävention verhindert werden konnte“, so Mai. Einen Einfluss auf makrovaskuläre Komplikationen habe man damals nicht belegen können, was aber durch die relativ kurze Studiendauer von ca. 9 Jahren zu erklären sei. Nach Studienteilnehmern wurden alle Patienten nachbeobachtet, wobei die CT-Gruppe größtenteils auf eine ICT umgestellt wurde. Schließlich bestand beim HbA_{1c}-Wert kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den Gruppen. „Jedoch blieb der initial erreichte Nutzen bei mikrovaskulären Komplikationen im Verlauf erhalten“, so Mai. Zudem habe man nach 10-jährigem Follow-up auch eine etwa 60%ige Abnahme kardiovaskulärer Ereignisse bei primär mit ICT Behandelten festgestellt. Mai: „Dies spricht für ein metabolisches Gedächtnis wie es beim Typ-2-Diabetes im Rahmen der UKPD-Studie belegt wurde.“

Bei der Wahl der richtigen Therapie – etwa eine Insulinpumpe – kommt es auf das Individuum an. Das gilt für Erwachsene, für Kinder und auch für Plüschlöwen.

Auch im Alltag zeigt sich, dass ein idealer HbA_{1c} oft mit mehr Hypoglykämien einhergeht. „Daher muss eine individuelle Abwägung zwischen Therapieeffektivität mit Verhindern von Spätschäden und Hypoglykämierisiko erfolgen“, so Mai. Bei Auftreten schwerer Hypoglykämien sei eine temporäre Anhebung des Ziel-HbA_{1c} sinnvoll sowie vertretbar und erhöhe das mikro- und makrovaskuläre Risiko nicht.

Welches Insulin für wen?

Die Vorzüge der Insulinanaloga werden kontrovers diskutiert. Dabei geht es um die Fragen, ob sie im Vergleich zu Normal- und NPH-Insulin eine bessere Glukoseeinstellung ermöglichen und das Hypoglykämierisiko senken. „Für die Beantwortung stehen vor allem Daten aus Zulassungsstudien zur Verfügung, Ergebnisse von randomisierten klinischen Studien kaum“, sagte Mai. Bei der HbA_{1c}-Senkung haben kurz wirksame Insulinanaloga einen geringen, aber signifikanten Zusatznutzen versus Normalinsulin. Ein Einfluss auf die Gesamthypoglykämierate habe sich mit den kurz wirksamen Analoga nicht ergeben, jedoch signifikant weniger schwere und nächtliche Hypoglykämien. Ähnlich sind die Ergebnisse, wenn lang wirksame Analoga mit NPH-Insulin verglichen werden. Auch hier ergibt sich nur ein geringer Unterschied bei der HbA_{1c}-Senkung, aber schwere und nächtliche Hypoglykämien sind seltener: bei Detemir signifikant, bei Glargin nicht signifikant. Daraus ergibt sich eine Indikation für ein Insulinanalogon, wenn Hypoglykämien für einen Patienten ein relevantes Problem sind, und, wenn die Therapieziele mit ausreichender Sicherheit bzgl. des Hypoglykämierisikos nicht erreicht werden. „Wenn strenge, endpunktorientierte Analysen in den Zulassungsstudien auch keine wesentlichen Vorteile der Analoga ergaben, so sind sie in vielen Situationen für Typ-1-Diabetiker doch sehr vorteilhaft“, urteilte Mai. Das gilt auch für die Insulinpumpe, trotz nur marginalem Nutzen in Studien. So konnte der HbA_{1c} durch die Pumpe versus ICT um 0,2–0,4% gesenkt werden. Bei der Reduzierung schwerer Hypoglykämien fand sich ein geringer, statistisch nicht signifikanter Effekt. **Dr. med. Peter Stiefelhagen**

Quelle: Kirchheim-Forum Diabetes 20.1.2012 in Berlin