Hypertonie und Diabetes mellitus

Die Abnahme der Mikroalbuminurie verbessert die Prognose

■ Arterielle Hypertonie und Typ-2-Diabetes sind eine häufige Komorbidität. Betroffene haben ein sehr hohes Risiko für ein vaskuläres Ereignis. Dies erfordert neben der optimalen Stoffwechseleinstellung eine effektive Blutdrucksenkung, wobei auch die Abnahme der Mikroalbuminurie ein prognostisch relevantes Ziel ist.

Neben der Hyperlipoproteinämie ist die Hypertonie die häufigste Begleiterkrankung bei Typ-2-Diabetikern. Daraus ergibt sich ein sehr hohes Risiko für die Manifestation der Atherothrombose mit konsekutiven vaskulären Ereignissen am Herzen oder Gehirn. „Mit der Bestimmung der Mikroalbuminurie steht uns ein Marker zur Verfügung, der gerade bei hypertonen Diabetikern nicht nur eine beginnende Nephropathie detektiert, sondern wichtige Informationen über das allgemeine Gefäßrisiko liefert“, sagte Prof. Roland Schmieder aus Erlangen. Patienten mit Mikroalbuminurie hätten ein deutlich erhöhtes Risiko für ein kardio- bzw. zerebrovaskuläres Ereignis. Doch Erhebungen hätten gezeigt, dass nur bei wenigen dieser Hochrisiko-Patienten nach einer Mikroalbuminurie gefahndet werde. Auch sei die Blutdruckeinstellung bei hypertonen Typ-2-Diabetikern oft schlechter als bei stoffwechselgesunden Hypertonikern. Die Senkung der Mikroalbuminurie ist daher ein wichtiges Therapieziel. „Durch ihre Abnahme kann die vaskuläre Ereignisrate und die

Mortalität signifikant gesenkt werden“, so Schmieder. Die meisten hypertonen Diabetiker brauchen eine antihypertensive Kombinationstherapie, wobei sich heute vorrangig die Kombination eines Hemmers des Renin-Angiotensin-Systems mit einem Diuretikum empfiehlt. „Doch Diuretikum ist nicht Diuretikum“, sagte Schmieder. Obwohl Hydrochlorothiazid immer noch häufig eingesetzt werde, spreche die Evidenz eindeutig für die Gabe von Indapamid. Diese Substanz entfalte nicht nur eine diuretische Wirkung, sondern senke auch den Gefäßwiderstand.

In der ADVANCE-Studie wurde die Kombination Perindopril plus Indapamid (Preterax[®]N) bei 11 140 Typ-2-Diabetikern mit oder ohne Hypertonie hinsichtlich des kombinierten Endpunktes aus kardiovaskulärer Mortalität, nicht tödlichem Myokardinfarkt und Nephropathie untersucht. Durch die Kombination konnte der primäre Endpunkt signifikant um 9%, die Gesamtmortalität um 14% und die kardiovaskuläre Mortalität um 18% reduziert werden. „Die Kombination Perindopril plus Indapamid ist eine evidenzbasierte Therapie zur Verbesserung der kardiovaskulären Prognose“, so Schmieder. *sti*

Quelle: Pressegespräch bei der 11. Jahrestagung der Stiftung „Der herzkranken Diabetiker“ 2.12.2011 in Berlin, Veranstalter: Servier

Bei Diabetikern öfter mal nach einer Mikroalbuminurie fahnden!

Individuelle Diabetestherapie

Inkretinbasiert, insulinisiert oder beides?

■ Die Einführung der inkretinbasierten Therapien hat die Behandlung bei Typ-2-Diabetes wesentlich bereichert. Es stelle sich aber die Frage, in welchem Stadium der Erkrankung welches Arzneimittel benötigt werde, sagte Dr. Thorsten Siegmund aus München. Es sei daher zum Beispiel sinnvoll, bei den Patienten diabetische Phänotypen zu definieren, um daraus entsprechende Empfehlungen ableiten zu können.

Für die orale inkretinbasierte Therapie steht etwa Sitagliptin zur Verfügung (z.B. als Xelvia[®] im Handel). „Eine solche Substanz hat ein breites Einsatzspektrum auch bei Begleiterkrankungen, und es gibt praktisch keine Kontraindikationen“, so Siegmund. Innerhalb seiner Klasse verfügt es über das breiteste Einsatzspektrum und sei auch für die Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation zugelassen. Auch bei chronischer Niereninsuffizienz ist die Gabe von Sitagliptin möglich.

Für Patienten, die mit Metformin allein das Therapieziel nicht erreichen, ist der DPP-4-Hemmer als

zweites orales Antidiabetikum eine sinnvolle Option, auch als Fixkombination (z.B. als Velmetia[®] im Handel). Mit der Kombination kann eine zusätzliche HbA_{1c}-Senkung von 0,6–0,8% erreicht werden. Bei einem HbA_{1c} > 7,5%, ist es sinnvoll, den Blutzucker möglichst frühzeitig durch eine Insulintherapie zu senken, um die Glukotoxizität zu durchbrechen. „Eine Insulintherapie über 2 Wochen hat langfristige Auswirkungen auf das metabolische Gedächtnis“, so Dr. Andreas Lueg, Hameln.

Es kann auch sinnvoll sein, früh ein Gliptin mit Insulin zu kombinieren, besonders dann, wenn bei Therapie mit Metformin plus Basalinsulin erhöhte postprandiale Glukosewerte vorliegen. „Nicht entweder oder, sondern stadiengerecht sowohl als auch, so lässt sich das Therapiekonzept der Zukunft beschreiben“, resümierte Lueg. *sti*

Quelle: Satellitensymposium bei der 5. DDG-Herbsttagung am 12.11.2011 in Berlin, Veranstalter: Berlin-Chemie.