



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

## S3-Leitlinie zu *Helicobacter pylori* aktualisiert „Muss“- und „Kann“-Indikationen für die Eradikation

Die aktualisierte S3-Leitlinie zur Eradikation von *Helicobacter pylori* (H.p.) erscheint zu einer Zeit, da die Prävalenz von H.p.-Infektionen abnimmt und die Antibiotikaresistenzen zunehmen. Prof. Dr. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg, unter dessen Federführung die Leitlinie entstand, stellte die Inhalte auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) zur Diskussion.

### „Muss“-Indikationen: peptische Ulzera und MALT-Lymphom

Zweifelsfrei ein „Muss“ ist die Eradikation von H. p. bei peptischem Ulcus ventriculi oder duodeni, und zwar sowohl bei akuter Erkrankung als auch bei abgeheiltem oder anamnestischem Ulkus. Die zweite zwingende Behandlungsindikation ist das MALT-Lymphom des Magens. Die Leitlinie trägt damit der Erkenntnis Rechnung, dass H. p. entscheidend an der Entstehung und Progression gastraler MALT-Lymphome beteiligt ist.

### Risikopatienten vor NSAR-Therapie eradizieren

Wird eine NSAR-Langzeittherapie begonnen, muss bei Risikopatienten – Alter über 65 Jahren, Ulkusanamnese, relevante Komorbidität, Komedikation mit ASS, Steroiden oder Antikoagulanzen – eradiziert werden. Kommt es unter einer bereits bestehenden Dauermedikation mit NSAR oder ASS zu gastrointestinalen Blutungen, soll zwingend ein Protonenpumpenhemmer (PPI) gegeben werden. Zugleich scheint es sinnvoll, auf H. p. zu testen und bei positivem Befund zu eradizieren.

### Funktionelle Dyspepsie: „Patienten die Chance nicht verwehren“

Bei den Empfehlungen zur funktionellen Dyspepsie unterscheidet sich die S3-Leitlinie der DGVS von der europäischen Leitlinie. Sie differenziert zwischen Dyspepsiepatienten mit negativem endoskopischem Befund und solchen mit nicht endoskopisch untersuchten Beschwerden. Bei negativem Endoskopiebefund ist eine Eradikation möglich. Sie führt bei 5–10% der Patienten mit anhaltender funktioneller

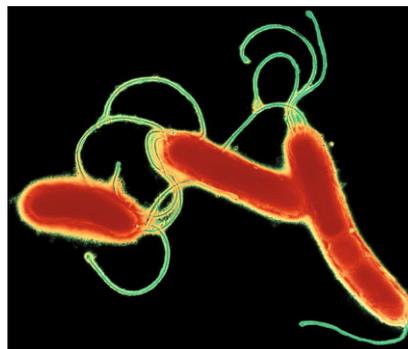


Foto: Dowssett/SPI/Agentur Focus

*Helicobacter pylori*.

ner Dyspepsie zu dauerhafter Besserung. Bei nicht untersuchter Dyspepsie wird eine Eradikation nicht empfohlen.

Als „Kann“-Indikation gilt auch die asymptomatische H.-p.-Gastritis, und zwar unter den Aspekten einer zukünftig notwendigen Medikation mit NSAR oder ASS oder der Magenkarzinomprophylaxe.

### Magenkarzinomprävention bei Risikogruppen

Die Kenntnis der Erhöhung des Magenkrebsrisikos durch H.p. bietet eine wirksame Möglichkeit zur Prävention. Laut S3-

Leitlinie bleibt die H.-p.-Eradikation aber derzeit auf Risikogruppen beschränkt. Dazu gehören Patienten mit Pangastritis oder korpusassoziierter Gastritis, Verwandte ersten Grades von Magenkarzinompatienten, Patienten mit Magenadenom oder nach endoskopischer Mukosaresektion wegen Magenfrühkarzinoms.

Morbus Ménétrier und lymphozytäre Gastritis sind weitere gastrale Indikationen für eine Eradikation. Es gibt aber auch extragastrale Erkrankungen, bei denen die Patienten von einer H.-p.-Eradikation profitieren können, nämlich die idiopathische Thrombozytopenie und die ungeklärte Eisenmangelanämie.

### Resistenzlage spricht für französische Tripeltherapie

Als Erstlinientherapie empfiehlt die S3-Leitlinie u. a. eine mindestens einwöchige Tripeltherapie, bestehend z. B. aus einem PPI (z. B. Pantoprazol) plus Clarithromycin plus Amoxicillin (französisch). Mit Blick auf die Resistenzlage in Deutschland mit einer Clarithromycin-Resistenzrate von nur 6% ist die französische Variante empfehlenswert. In einer Studie konnte mit der französischen Tripeltherapie bei über 90% der Patienten eine Eradikation erreicht werden. Darüber hinaus betont die DGVS-Leitlinie die Bedeutung einer hohen Compliance für den Therapieerfolg, wie sie mit einer Kombinationspackung (z. B. ZacPac®) erreicht werden kann.

#### ■ Dr. med. Jochen Aumiller

Quelle: Satellitensymposium, Jahrestagung der DGVS und der DGAV, Hamburg, Oktober 2009 (Veranstalter: Abbott GmbH & Co. KG und Nycomed Deutschland GmbH)

## Hypoglykämien erhöhen die Sterblichkeit

# Unterschätzte Gefahr bei Typ-2-Diabetes

— Das Risiko von Hypoglykämien wird bei Patienten mit Typ-2-Diabetes vor allem bei Therapie mit Sulfonylharnstoffen und Insulin unterschätzt. Schwere Hypoglykämien sind jedoch mit einer höheren Mortalität und kardiovaskulären Letalität assoziiert.

Hypoglykämien sind für den Patienten extrem unangenehm, betonte Prof. Dr. Martin Pfohl, Duisburg. Als „leicht“ wird eine Hypoglykämie dann bezeichnet, wenn noch eine Selbsttherapie durch den Patienten möglich ist. Die schwere Form ist durch zentralnervöse Symptome und Bewusstlosigkeit gekennzeichnet. Nach der Definition der Deutschen Diabetesgesellschaft liegt eine Hypoglykämie vor, wenn der Blutzuckerspiegel unter 50 mg/dl (<2,8 mmol/l) sinkt. Dieser Grenzwert ist jedoch laut Pfohl viel zu niedrig. Viele Patienten könnten bei einem so niedrigen Blutzuckerspiegel gar nicht mehr reagieren. Pfohl empfiehlt deshalb, sich an den Definitionen der American Diabetes Association zu orientieren: Danach besteht eine Hypoglykämie schon bei einem Blutzuckerspiegel < 70 mg/dl (< 3,9 mmol/l).

Eine Hypoglykämie gefährdet den Patienten nicht nur wegen eines erhöhten Unfallrisikos, sondern auch durch klinische Folgen. So hatten in der ACCORD-Studie Patienten mit schweren Hypoglykämien unabhängig vom Behandlungsarm eine höhere Sterblichkeit (Tab. 1). Die Ursachen hierfür sind noch unklar. Untersuchungen an Herzinfarktpatienten belegen jedoch, dass Hypoglykämien in der Akutphase ebenfalls mit einer erhöhten Letalität und Reinfarktrate einhergehen.

### Substanzen mit niedrigem Hypoglykämierisiko bevorzugen

„In Deutschland leisten wir uns den Luxus, dass wir – abgesehen von Metformin – in

der Diabetestherapie vor allem auf zwei Substanzen setzen, die ein erhöhtes Hypoglykämierisiko haben, nämlich Glibenclamid und Insulin“, sagte Pfohl. Bei den etwa 5% Typ-2-Diabetikern, die durch Hypoglykämien gefährdet sind, sollte man nicht bei diesen Substanzen bleiben. Für eine normnahe Blutzuckereinstellung sollten in Kombination mit Metformin bevorzugt Substanzen mit niedrigem Hypoglykämierisiko eingesetzt werden wie z. B. Rosiglitazon (Fixkombination Avandamet®). Wie Studien zeigen, lässt sich damit das Hypoglykämierisiko um bis zu 80% senken.

■ Dr. Susanne Heinzl

Quelle: Pressegespräch, München, 6. August 2009 (Veranstalter: GlaxoSmithKline GmbH)

	Gesamt	Mortalität pro Jahr	
		Patienten ohne Hypoglykämien	Patienten mit Hypoglykämien
Intensiv behandelte Arm (n = 5128)	1,4 %	1,3 %	2,8 %
Standardarm (n = 5123)	1,1 %	1,1 %	4,9 %

Quelle: N Engl J Med 338:2545-59

## Studien zum Wirkpotenzial von Langzeitnitrat

# Mit CAESAR und CLEOPATRA auf zu neuen Ufern

— Pentaerithryltetranitrat (PETN, Pentalong®), mit Abstand das meistverordnete Langzeitnitrat in Deutschland, sorgt mit neuen klinischen Studien für Aufsehen. In den letzten 15 Jahren hatten vor allem Grundlagenforscher mit ihren Arbeiten zur Nitratwirkung von sich reden gemacht. Sie konnten zeigen, dass sich PETN von allen anderen therapeutischen Nitraten unterscheidet. Vor allem: Die antianginöse Dauertherapie mit PETN provoziert keine Toleranzentwicklung. Die Sonderstellung des PETN ist seit Neuestem auch auf genetischer Ebene nachgewiesen. So induzieren Nitroglyzerin (NTG) und PETN am Rattenherzen eine völlig unterschiedliche Genregulation. Neueste

Befunde legen nahe, dass unter NTG auch kardiotoxische, unter PETN vor allem kardioprotektive Gene aktiv werden.

### Zusatztherapie bei Lungenhochdruck?

Um das Wirkpotenzial von PETN besser einschätzen zu können, sind zwei weitere klinische Studien mit randomisiertem und placebokontrolliertem Design geplant: CAESAR und CLEOPATRA. Mit CAESAR hofft man herauszufinden, ob PETN die Therapie des Lungenhochdrucks verbessern kann. Eine Pilotstudie an der Universität Köln vor einigen Jahren hat vielversprechende Hinweise erbracht. Der Direktor des Herzzentrums Köln, Prof. Dr. Erland

Erdmann, wird als Studienleiter dieses Thema mit CAESAR weiterverfolgen.

CLEOPATRA will wissen, in welchem Ausmaß sich die Belastungsfähigkeit von Patienten mit stabiler Angina pectoris durch PETN steigern lässt. Studienleiter Prof. Thomas Münzel, Mainz, erwartet sich nicht nur einen überzeugenden Wirkungsnachweis, sondern auch einen soliden Beleg für die Sicherheit und Verträglichkeit einer zwölfwöchigen Behandlung mit zweimal täglich 80 mg PETN im Vergleich zu Placebo.

■ Dr. med. Jochen Aumiller

Quelle: 16. Expertentreffen PETN, Magdeburg am 17. Oktober 2009 (Veranstalter: Actavis Deutschland)

## Stressassoziierte Symptome

# Homöopathikum beruhigt die Nerven

— Dauerhaft als belastend empfundener Stress verursacht u.a. innere Unruhe und Schlafstörungen und kann im weiteren Verlauf zu einem Burn-Out-Syndrom führen. Der Allgemeinmediziner Dr. Rainer G. Hübner aus Landau erlebt häufig Patienten mit derartigen Beschwerden in seiner naturheilkundlich ausgerichteten Praxis und hat bei ihnen gute Erfahrungen mit dem homöopathischen Komplexmittel Neurexan® gemacht. Die wurden jetzt von einer prospektiven, nicht randomisierten Beobachtungsstudie in 49 Praxen bundesweit bestätigt.

Insgesamt 826 Patienten erhielten nach Einschätzung des behandelnden Arztes entweder das Homöopathikum (n = 591) oder eine Kombinationsbehandlung mit einem Baldrianpräparat und weiteren Substanzen, u.a. Johanniskraut. Der Beobachtungszeitraum betrug drei Wochen, erfasst wurden zwölf Symptome von Nervosität und Unruhe wie Schlafstörungen, Erregbarkeit, Überaktivität oder

Vergesslichkeit. Der Summenscore für Nervosität/innere Unruhe nahm in der homöopathisch behandelten Gruppe um 11,5 Einheiten ab, in der Vergleichsgruppe um 9,0 Einheiten. In beiden Fällen besserten sich die Beschwerden damit signifikant, allerdings mit einem signifikanten Vorteil für das Homöopathikum.



Foto: Doruk/Shutterstock

**Stressbedingte Nervosität: Komplexhomöopathikum als Alternative zu Baldrian & Co.**

### Rascher Wirkungseintritt

In der Neurexangruppe traten Verbesserungen häufig bereits innerhalb der ersten drei Tage, meist jedoch innerhalb einer Woche ein. Auch die Patienten selbst erlebten die homöopathische Behandlung als erfolgreich und bewerteten die Veränderung ihres Gesamtzustands als „sehr große oder große Verbesserung“. Hübner sieht damit die Wirksamkeit des homöopathischen Komplexmittels bestätigt. Er betonte, dass das Mittel zudem gut verträglich und eine geeignete Alternative zu Kombinationstherapien auf Baldrianbasis sei. Neurexan ist ein homöopathisches Komplexmittel mit vier Wirkstoffkomponenten aus Passionsblume (*Passiflora incarnata*), Hafer (*Avena sativa*), Kaffee (*Coffea arabica*) und Zinkvalerianat (*Zincum isovalerianicum*).

#### ■ Friederike Klein

Quelle: Pressekonferenz, München, 4. November 2009 (Veranstalter: Biologische Heilmittel Heel GmbH)

## Geänderte STIKO-Empfehlung

# Pertussis-Impfung für alle

— Seit Juli 2009 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die Pertussisimpfung für alle Erwachsenen. Bislang beschränkte sich die Empfehlung für Erwachsene auf solche mit engem Kontakt zu Säuglingen und Frauen mit Kinderwunsch. Nur in Sachsen gibt es schon seit 2007 eine Pertussisboosterung für alle Erwachsenen, so Dr. Regine Krause-Döring, Leipzig.

### Bei erwachsenen Patienten oft atypischer Verlauf

Der Grund für die Erweiterung der Empfehlung: „Keuchhusten ist keine reine Kinderkrankheit“, betonte Prof. Johannes Liese, Würzburg. Inzwischen erkranken vor allem Erwachsene daran – in Deutschland über 100 000 pro Jahr. Das Infektionsrisiko für Ungeimpfte in ihrem

Umfeld, also auch für Säuglinge, ist hoch. Zumal Keuchhusten bei Älteren wegen des häufig atypischen Ablaufs oft erst spät (oder gar nicht) erkannt wird.

Außerdem erkranken immer mehr Menschen an Keuchhusten. Zwischen 2000 und 2007 kam es fast zu einer Verdoppelung der Gesamtzahl an Neuerkrankungen, von 20 auf 39 pro 100 000 Einwohner. Verwunderlich ist das nicht, denn eine Pertussisimpfung schützt nun mal nicht ewig und Auffrischungen finden oft nicht statt. Die Grundimmunisierung von Säuglingen beispielsweise hält kaum bis zur Grundschule vor: Nach fünf Jahren ist der Schutz aufgebraucht und sie können sich wieder infizieren. Daran ändert auch die ansehnliche Impfquote von über 90% im Säuglings- und Kleinkindalter nichts.

Empfohlen wird, Kombinationsimpfstoffe zu verwenden. So kann die Pertussisimpfung mit der Auffrischung gegen Tetanus und Diphtherie kombiniert werden. Weil die STIKO außerdem rät, eine fehlende Auffrischung gegen Polio einmalig nachzuholen, lassen sich sogar vier anstehende Impfungen auf einmal zusammenfassen, wenn zum Beispiel der Vierfachimpfstoff Repevax® verwendet wird. Dr. Alexander Lorscheidt, Köln, rät, die Patienten anzusprechen, wenn eine Auffrischimpfung fällig wird. 80% der Patienten würden das begrüßen, wie eine Befragung von 3103 Personen ergeben hat.

#### ■ Helga Brettschneider

Quelle: Pressegespräch, Frankfurt/Main, 17. September 2009 (Veranstalter: Sanofi Pasteur MSD)

## Entzündungshemmung ohne Steroide

# Neuer Therapieansatz gegen COPD

— Für die Behandlung von COPD-Patienten könnte bald ein neues Medikament zur Verfügung stehen, das direkt an der zugrunde liegenden Entzündung ansetzt. In vier Phase-III-Studien führte die Therapie mit dem oralen PDE-4-Hemmer Roflumilast bei mittelschwerer bis schwerer COPD zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Reduktion der Exazerbationen und einer Verbesserung der Lungenfunktion.

Der bereits im Zulassungsverfahren befindliche PDE-4-Hemmer stellt nach Einschätzung von Prof. Claus Vogelmeier, Marburg, ein interessantes pathophysiologisches Konzept dar. Denn er reguliert Entzündungsmediatoren herunter, die beim Krankheitsgeschehen der COPD wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen, erläuterte der Pneumologe.

In zwei der vier Studien, die dem Zulassungsantrag zugrunde liegen, wurden Patienten mit chronischem Husten und Auswurf zwölf Monate lang behandelt. Die Studienteilnehmer lagen mit ihrer Einsekundenkapazität (FEV<sub>1</sub>) nach Gabe eines Bronchodilatators bei maximal 50% des Sollwerts. Außerdem hatte jeder von ihnen im Jahr vor Studienbeginn mindestens eine dokumentierte mittelschwere oder schwere Exazerbation. In der gepoolten Analyse beider Untersuchungen waren Exazerbationen, die mit Antibiotika oder systemischen Kortikosteroiden behandelt werden mussten, unter Roflumilast um 17% seltener als unter Placebo.

Zusätzlich bewirkte die einmal tägliche Einnahme der Tablette eine durchgängige und statistisch signifikante Verbesserung der Lungenfunktion. Wurde sie vor der Inhalation eines Bronchodilatators eingenommen, verbesserte sich die FEV<sub>1</sub> um durchschnittlich 48 ml im Vergleich zur Placebogruppe. Erfolgte die Einnahme nach der Anwendung eines atemwegserweiternden Medikaments, betrug der Anstieg 55 ml.

### Zusatznutzen zur Standardtherapie

In zwei weiteren Studien über sechs Monate wurde Roflumilast als Zusatztherapie zu Salmeterol oder Tiotropium mit einer zusätzlichen Placebogabe verglichen. Dabei ließ sich mit dem PDE-4-Hemmer eine Verbesserung der FEV<sub>1</sub> um durchschnittlich 49 ml bzw. 80 ml beobachten. Ob sich durch eine solche systemisch wirkende Substanz möglicherweise auch die extrapulmonalen Komorbiditäten, unter denen COPD-Patienten häufig leiden, beeinflussen lassen, muss laut Vogelmeier noch untersucht werden.

Roflumilast wurde insgesamt gut getragen. Die häufigsten Nebenwirkungen waren Übelkeit, Diarrhöe und Gewichtsverlust. „Dieser trat allerdings nur bei einem kleinen Prozentsatz der Patienten und vor allem bei Übergewichtigen auf“, betonte Vogelmeier.

#### ■ Birgit Matejka

Quelle: State of the Art Update, Bad Reichenhall, 24. Oktober 2009 (Veranstalter: Nycomed)

## Migränetherapie

### Attacken so früh wie möglich kupieren

— Migränepatienten sollten dazu angeleitet werden, Attacken schon im Anfangsstadium, also bei leichtem Kopfschmerz, medikamentös zu behandeln. Je früher gegen die Migräne vorgegangen wird, desto besser wirkt die Behandlung, betonte Dr. Charly Gaul, Essen. Voraussetzung ist, dass die Patienten den Migräneanfall schon im Anfangsstadium eindeutig erkennen können. Ein wichtiges und einfaches Unterscheidungskriterium ist die Verstärkung des Kopfschmerzes bei körperlicher Aktivität.

Dass dieses Konzept aufgeht, wurde für Rizatriptan (Maxalt®) in einer randomisierten Doppelblindstudie mit 188 Migränepatienten gezeigt (Cady R. et al. Headache 2009). Sie verglich die frühe Einnahme von Rizatriptan 10 mg mit und ohne vorherige Instruktion des Patienten über frühe Migränezeichen mit der Einnahme von Placebo.

Unter Rizatriptan waren signifikant mehr Patienten nach zwei Stunden schmerzfrei als unter Placebo (primärer Endpunkt: 66% vs. 28%). Und sie blieben häufiger über 24 Stunden ohne Schmerzen (sekundärer Endpunkt: 52% vs. 18%). Dabei trug auch die Information zum Therapieeffekt bei. Triptanpatienten, die vorab aufgeklärt wurden, erreichten den primären Endpunkt häufiger als Patienten ohne Edukation (72% vs. 61%).

Fazit der Studie: Je früher eine Migräneattacke mit Rizatriptan behandelt wird, desto besser lässt sich das therapeutische Potenzial des Triptans ausschöpfen.

#### ■ Beate Fessler

Quelle: Satellitensymposium, Nürnberg, 25. September 2009 (Veranstalter: MSD)

### Kurz notiert

**Zulassungsempfehlung für Meningokokkenimpfstoff** ▶ Der Konjugatimpfstoff Menveo® gegen vier Meningokokken-Serogruppen (A, C, W-135 und Y) hat eine positive Empfehlung des Ausschusses für Humanarzneimittel (CHMP) der EMA erhalten. Der Impfstoff wird von der CHMP empfohlen für Jugendliche und Erwachsene mit Gefährdungspotenzial durch Neisseria meningitidis. Novartis Vaccines

**Neue Packungsgröße** ▶ Der Kalziumantagonist Norvasc® 5 mg (Amlodipin) ist seit Kurzem in der Packungsgröße mit 30 Tabletten erhältlich. Dafür wurde die Packung mit 20 Tabletten zum Jahreswechsel aus dem Handel genommen. Pfizer

## Mittelschwere Depressionen

# Standardisierter Johanniskrautextrakt jetzt leitliniengerechte Therapieoption

— Seit 2009 sind Johanniskrautextrakte zur Behandlung von mittelschweren Depressionen der Verschreibungspflicht unterstellt. Damit sind sie verordnungsfähig und werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Wie Prof. Hans-Jürgen Möller, München, betonte, „erfolgte die Verschreibungspflicht nicht, weil von den pflanzlichen Antidepressiva ein Sicherheitsrisiko ausgehen könnte“. Sie unterstreiche vielmehr, dass die Therapie der mittelschweren Depression in die Hand des Arztes gehöre und nach präzi-



Foto: Bildagentur-Online/TH Foto/SPL/Ag. Focus

**Johanniskrautextrakt gegen mittelschwere Depressionen ist verschreibungspflichtig.**

ser Diagnosestellung fortlaufend überwacht werden müsse.

### Vorteile bei der Verträglichkeit

Die Wirksamkeit von klinisch geprüften Johanniskrautextrakten auch bei mittelschweren Depressionen ist in Studien hinlänglich bestätigt. Möller verwies auf eine Metaanalyse der Cochrane Collaboration aus dem Jahre 2008, die 29 klinische Studien und 5489 Patienten mit Major Depression berücksichtigte. Dabei ergab sich für das Phytopharmakon eine mit synthetischen Standardantidepressiva vergleichbare Effektivität bei weitaus besserer Verträglichkeit. Die Abbruchraten waren unter Trizyklika fünfmal, unter SSRI zweimal höher als unter Johanniskraut. Im direkten Vergleich mit der Leitsubstanz Citalopram zeigte sich der Johanniskrautextrakt (Laiif® 900) in der geprüften Einmaldosis von 900 mg/d als therapeutisch gleichwertig mit 20 mg Citalopram (Responderraten 54% und 56%).

Interessant sind in diesem Zusammenhang von Prof. Hanns Häberlein, Bonn, vorgestellte Forschungsbefunde

zum komplexen Wirkmechanismus des 900-mg-Johanniskrautextrakts. Mithilfe der Fluoreszenz-Korrelations-Spektroskopie konnte an lebenden Zellen nachgewiesen werden, dass zwei Inhaltsstoffe, Hyperforin und Hyperosid, ohne zwingende Beteiligung der Präsynapse (bei synthetischen Antidepressiva unerlässlich) direkt postsynaptisch eine Rezeptor-Downregulation vermitteln. Unerwünschte Wirkungen werden dadurch vermutlich erheblich reduziert.

Die bessere Verträglichkeit kann sich bei der oft schwierigen Führung depressiver Patienten positiv auswirken und die Abbruchraten senken. Die neue nationale Versorgungsleitlinie für unipolare Depressionen verweist dementsprechend bei leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden ausdrücklich auf die Möglichkeit eines ersten Therapieversuchs „auch mit Johanniskraut“. Voraussetzung ist der Einsatz eines standardisierten Extrakts in angemessener Dosierung.

### ■ Ursula Einecke

Pressekonzferenz, Eisenach, 12. Oktober 2009 (Veranstalter: Steigerwald Arzneimittel GmbH)

## Blutzuckersenkung mit DPP-4-Hemmer

# Aktiver Schutz vor Hypoglykämien?

— Eine gute Blutzuckerkontrolle ohne das Risiko von Hypoglykämien – dieses Wirkprinzip haben inkretinbasierte Therapien in zahlreichen Studien unter Beweis gestellt. Tatsächlich stimulieren DPP-4-Hemmer wie Vildagliptin die Insulinsekretion in den Betazellen der Bauchspeicheldrüse nur im Falle erhöhter Blutzuckerspiegel.

Für das fehlende Hypoglykämierisiko unter Vildagliptin (Galvus®) gibt es aber offenbar einen weiteren Grund. So weisen von Prof. Bo Ahrén, Lund/Schweden, vorgestellte Untersuchungen mit diesem DPP-4-Hemmer sogar auf einen aktiven Schutz vor Hypoglykämien hin: Postpran-

dial sinken unter Vildagliptin Glukose- und Glukagonspiegel gleichermaßen ab. Dagegen kommt es unter iatrogen induzierten hypoglykämischen Bedingungen sogar zu einem Anstieg der Glukagonspiegel, im Placebovergleich um 38%. Als mögliche Erklärung kommt eine erhöhte Glukoseempfindlichkeit der Alphazellen im Pankreas in Betracht.

Eine Bestätigung finden diese Ergebnisse auch in Untersuchungen von V. Fonseca et al. (Diabetologia 2007). Hier konnte gezeigt werden, dass die Kombination von Insulin und Vildagliptin verglichen mit Insulin plus Placebo einen zusätz-

lichen HbA<sub>1c</sub>-Abfall in der Größenordnung von 0,3% nach sich zieht. Trotzdem waren Hypoglykämien in der Vildagliptin-Gruppe deutlich seltener als in der Placebogruppe (113 vs. 185).

Ergebnisse einer Metaanalyse auf der Basis von 24 klinischen Studien mit über 7000 Patienten geben im Fall von Vildagliptin keinerlei Hinweis auf ein erhöhtes Pankreatitisrisiko. Grundsätzlich gilt es jedoch zu beachten, dass dieses Risiko bei Typ-2-Diabetikern per se erhöht ist.

### ■ Dr. Ludger Riem

Quelle: Symposium, Wien, 29. September/1. Oktober 2009 (Veranstalter: Novartis)