



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

## Hypoglykämien unter intensiver Diabetestherapie Welche Patienten sind besonders gefährdet?

— Bestimmte Typ-2-Diabetiker haben ein besonders hohes Risiko für Hypoglykämien. Das haben erste Auswertungen des prospektiven Diabetesregisters DiaRegis bestätigt. So ist etwa bei älteren Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen der Einsatz von Sulfonylharnstoffen, die Unterzuckerungen bekanntlich begünstigen, kritisch zu betrachten.

Im DiaRegis werden seit etwa zwei Jahren Daten zur ambulanten Therapie von Typ-2-Diabetikern in Deutschland gesammelt. Im Fokus steht die Hypoglykämierate. Die Erfahrung aus Studien wie ACCORD und VADT zeigten, dass eine intensive anti-diabetische Therapie im Vergleich zur konventionellen mit einer deutlich erhöhten Rate an Unterzuckerungen einhergeht.

Wie Dr. Anselm Gitt, Ludwigshafen, berichtete, wurden etwa 3800 Typ-2-Diabetiker mit ein (68%) oder zwei oralen Antidiabetika aufgenommen. Bei ihnen war wegen nicht ausreichender Blutzuckerkontrolle oder mangelnder Sicherheit oder Verträglichkeit eine Umstellung der Therapie nötig (Bramlage P, et al. Cardiovasc Dia-

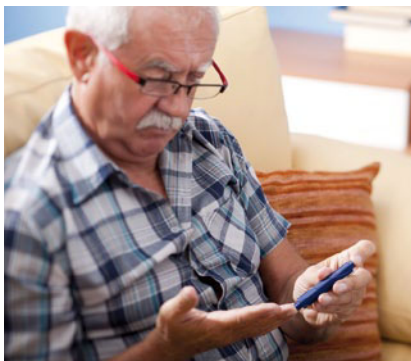
betol 2010;9:53). Diese erfolgte durch Einführung oder Änderung eines Kombinationspartners zu Metformin oder durch Insulinisierung. Wie erwartet erreichten danach mehr Patienten den Zielkorridor des HbA<sub>1c</sub> von 6–7% (rund 46 statt zuvor 27%).

### Mehr DPP-4-Hemmer im Einsatz

Die Zahl der mit einem DPP-4-Hemmer (wie Onglyza®) Behandelten stieg von 5 auf 39%, 17% erhielten Insulin. In den prospektiv betrachteten ersten sechs Monaten war bei den Gruppen, die entweder einen Sulfonylharnstoff (SH) oder einen DPP-4-Hemmer in Kombination mit Metformin erhalten hatten, der HbA<sub>1c</sub> gleich stark gesunken (–0,5%-Punkte). Die Patienten mit SH hatten aber im Schnitt 0,5 kg zugenommen und etwa dreimal häufiger Hypoglykämien (9,4 vs. 3,2%) als jene mit DPP-4-Hemmer, die im Mittel 0,8 kg abgenommen hatten.

Retrospektiv wurden insgesamt bei 10,8% der Teilnehmer Hypoglykämien dokumentiert. Bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen lag die Hypoglykämierate bei fast 13% und sie hatten ein 3,5-fach erhöhtes Risiko für schwere Unterzuckerungen, so Gitt. Auch nach der Therapieintensivierung war ihr Risiko erhöht. Patienten mit Herzinsuffizienz waren doppelt so häufig von Hypoglykämien betroffen wie jene ohne, erhielten aber auch häufiger einen SH. Verstärkt hypoglykämiegefährdet waren auch Patienten mit bereits vorhandenen diabetischen Komplikationen und Depressionen sowie Über-70-Jährige.

- Sarah Pampel  
Quelle: Pressekonferenz bei der DDG-Jahrestagung, Mai 2011, Leipzig (Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und AstraZeneca)



**Ältere mit kardiovaskulären Vorerkrankungen: erhöhte Hypoglykämiegefahr!**

### Kurz notiert

**Praxisnahe Palliativmedizin** ▶ Dr. Wolfgang Schwarz, Leiter des Palliativzentrums St. Marianus, Bardowick, hat zusammen mit der Firma Janssen ein Kompendium Palliativmedizin erarbeitet, in dem anerkannte wissenschaftliche Standards zusammengefasst und durch praxisnahe Tipps ergänzt werden. Die Kapitel „Grundlagen, Definitionen und Strukturen“, „SAPV- und Hospizbedürftigkeit“ sowie „Neurophysiologie der Schmerzbahn“ können über den Außendienst der Firma angefordert werden.

Janssen-Cilag

### Neuroendokrine Tumoren des Pankreas

▶ Der orale mTOR-Inhibitor Everolimus (Afinitor®) wurde von der Europäischen Kommission zur Therapie erwachsener Patienten mit inoperablen oder metastasierten, gut oder mäßig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs mit progressiver Erkrankung zugelassen. Ausschlaggebend für die Zulassungserweiterung waren die Ergebnisse der prospektiven, randomisierten und doppelblinden Phase-III-Studie RADIANT-3 (Yao JC et al. N Engl J Med 2011; 364: 514–523), in der 410 Patienten innerhalb der letzten zwölf Monate zusätzlich zu Best Supportive Care entweder täglich 10 mg Everolimus oder Placebo erhielten. Im primären Endpunkt, dem progressionsfreien Überleben, zeigte sich ein signifikanter Vorteil zugunsten von Everolimus ( $p < 0,0001$ ): das mediane progressionsfreie Überleben war mehr als verdoppelt. Novartis