

Typ-2-Diabetes clever therapieren

In der Diabetestherapie gewinnen Fixkombinationen zunehmend an Bedeutung, die auch das kardiovaskuläre Risiko adressieren.

„Die Diabetestherapie muss in ihren Behandlungszielen noch stärker die kardiovaskuläre Risikoreduktion fokussieren“, erklärte Prof. Dirk Müller-Wieland, Uniklinik der RWTH Aachen. Schließlich haben Typ-2-Diabetiker ein bis zu vierfach erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko. Bei der Therapieentscheidung sollten die koronare Herzkrankheit, vorangegangener Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Welches Antidiabetikum bei Herzinsuffizienz?

„Welche Medikamente sind im Fall einer 65-jährigen Patientin mit Herzinsuffizienz und einem HbA_{1c} von 8,2% unter Metformin (2 × tägl. 1.000 mg) indiziert?“, fragte Prof. Nikolaus Marx, Uniklinik der RWTH Aachen. Betrachtet man die unterschiedlichen Substanzklassen, so ist die Datenlage bei Herzinsuffizienz für Sulfonylharnstoffe und Insuline eher widersprüchlich oder ungünstig, für GLP-1-Rezeptoragonisten und den DPP-4-Hemmer Sitagliptin neutral, günstig dagegen für die SGLT-2-Inhibitoren.

Aus Endpunktstudien gibt es klare Empfehlungen für SGLT-2-Hemmer. So zeigen die EMPA-REG-Daten ein um 35% reduziertes Hospitalisierungsrisiko wegen Diabetes und Herzinsuffizienz. Die Verordnung von Marx lautete somit Metformin plus Empagliflozin. Im weiteren Schritt kann die Fixkombination aus Ertugliflozin und Sitagliptin (Steglujan®) zum Einsatz kommen. Wie die Daten der Phase-III-Studie VERTIS SITA zeigen, bringt die additive Gabe von Ertugliflozin zu Metformin plus Sitagliptin nicht nur signifikante HbA_{1c}-Senkungen, sondern trägt auch zur Blutdrucksenkung bei. Die Fixkombination aus dem SGLT-2-Hemmer Ertugliflozin und dem DPP-4-Hemmer Sitagliptin macht zudem die Tabletteneinnahme überschaubar.

Workshop: „Reduktion des vaskulären Risikos bei Typ-2-Diabetes: Was, wann, warum tun?“ anlässlich der DDG-Herbsttagung, Wiesbaden, 9. November 2018, Veranstalter: MSD, Bericht: Dr. Ellen Jahn

Postoperative Analgesie

Schmerzkontrolle 2.0

Nur der Patient weiß, wie stark sein Schmerz ist; er sollte daher in das Schmerzmanagement verstärkt eingebunden werden.

Das Schmerzmanagement nach orthopädischen Eingriffen ist ein multimodaler Ansatz, bei dem jedoch häufig ein Aspekt zu kurz kommt: Der Patient. Für den Arzt ist es schwierig, die Schmerzen des Patienten richtig einzuschätzen und häufig liegt er daneben, so Prof. Wolfgang Weyland, vom Florence-Nightingale-Krankenhaus in Düsseldorf. Die Einbindung des Patienten in das Schmerzmanagement ist daher von großer Bedeutung.

Bewährt hat sich die sublinguale „Patient Controlled Analgesia“ (PCA) mit Zalviso®. Dabei handelt es sich um eine Kombination aus Medikament und Medizinprodukt. Die Tabletten enthalten 15 µg des Opioids Sufentanil. Der Patient kann

die sublinguale Anwendung des Wirkstoffs selbst steuern. Im Applikationsgerät befinden sich Sicherheitsvorkehrungen, um unbefugten Zugriff und Missbrauch zu verhindern. Neben der selbstständigen Steuerung durch den Patienten gibt es weitere Vorteile: Die schmerzlindernde Wirkung tritt rasch ein; eine Kumulation des Wirkstoffs ist nicht möglich, weil eine bestimmte Wirkstoffmenge nicht überschritten werden kann; der Patient ist trotz Schmerztherapie in seiner Mobilität nicht eingeschränkt; das Verfahren ist nicht invasiv, somit besteht auch keine Infektionsgefahr, und nicht zuletzt bringt es eine Entlastung für das Pflegepersonal.

Lunch-Symposium „Nur die Harten kommen in meinen Garten?“ – Postoperatives Schmerzmanagement 2.0 (POPM) nach orthopädischen Eingriffen“ anlässlich des DKOU 2018, Berlin, 24. Oktober 2018, Veranstalter: Grünenthal, Bericht: Kathrin von Kieseritzky

Opioid-induzierte Obstipation

Wenn Laxanzien nicht ausreichen

Führen konventionelle Laxanzien bei Opioid-induzierter Obstipation innerhalb von ein bis zwei Wochen zu keinem spürbaren Erfolg, sollte ein peripher wirksamer Opioid-Rezeptor-Antagonist (PAMORA) wie Naloxegol verordnet werden.

Eine typische Nebenwirkung einer Langzeittherapie mit Opioiden ist die Opioid-induzierte Obstipation (Opioid-induced Constipation, OIC). Als Mittel der Wahl gelten konventionelle Laxanzien. Am Gastrointestinaltrakt führen Opioide jedoch zu einer Entkoppelung der physiologischen peristaltischen Mechanismen, wodurch sie die Darmbewegungen zum Vortransport des Bolus unterbinden. „Angesichts dieser Entkopplungsmechanismen ist es sinnlos, mit konventionellen

Laxanzien zu versuchen, die Beschaffenheit des Darminhaltes zu verändern“, erklärte der Neuropädiater, PD Dr. Michael Überall, Medizinischer Direktor des Instituts für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Nürnberg.

Bewährt hat sich die Zusatzbehandlung mit einem PAMORA. Sie reduziert die OIC-bedingten gastrointestinalen Beschwerden und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Unter den aktuell in Deutschland zugelassenen PAMORAs ist nur Naloxegol (Moventig®) in oraler Darreichungsform verfügbar und deshalb aus Sicht von Überall Mittel der ersten Wahl.

Symposium „DGS-Praxisleitlinie OIC“ anlässlich des DGS-Innovationsforums Schmerzmedizin, Berlin, 17. November 2018, Veranstalter: Kyowa Kirin, Bericht: Dr. Matthias Herrmann

