Typ-2-Diabetes mellitus

Wer ist der ideale Kombinationspartner für Metformin?

— Beim Typ-2-Diabetes gibt es nach Dr. Michael Jecht, Berlin, zwei Kernaspekte: die zu erwartende Zunahme der Prävalenz sowie das Einsparpotenzial durch Verbesserung der Adhärenz. So gehe man in den Vereinigten Staaten von Amerika von einer Zunahme der Typ-2-Diabetes-Fälle von 22% der Bevölkerung im Jahr 2011 auf 37% im Jahr 2050 aus. Die Behandlungskosten würden von 120 Mrd. US\$ (30% der Gesamtausgaben) auf 350 Mrd. US\$ (50% der Gesamtausgaben) ansteigen. Eine Verbesserung der Adhärenz könne die Gesamtbehandlungskosten pro Patient jedoch um bis zu 250.000 US\$ reduzieren. Dies übersteige das Potenzial selbst einer nur um 25% effektiveren oralen Therapie, das 151.000 US\$/Patient kosten würde.

Jecht führte weiter aus, dass viele Typ-2-Diabetiker ihre Therapie als belastend und übermäßig kompliziert er-

lebten. Daher seien einfache Behandlungsregime für die Adhärenz bei gleichzeitiger Verhinderung von Gewichtszunahme und Hypoglykämien so wichtig.

Dr. Stephan Arndt, Rostock, erörterte die derzeit verfügbaren oralen Erweiterungen der Metformin-Monotherapie. Derzeit stünden DPP-4-Hemmer, GLP-1-Analoga, Sulfonylharnstoff sowie SGLT-2-Hemmer zur Auswahl – mit unterschiedlichen Anwendungsgebieten und Risiken. So erhöhten etwa Sulfonylharnstoffe das Hypoglykämierisiko und die Patienten nähmen zu, bei SGLT-2-Hemmern könne es zu Harnwegsinfektionen kommen. Ist das Ziel eine Gewichtsreduktion, seien GLP-1-Analoga im Vorteil. Aktuell seien DPP-4-Inhibitoren wie Sitagliptin (Xelevia®, Januvia®) und Saxagliptin (Onglyza®) als Standard anzusehen, von

dem jedoch durchaus abgewichen werden könne.

Sitagliptin bei Niereninsuffizienz uneingeschränkt einsetzbar

Die besonderen Herausforderungen der oralen Diabetestherapie bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz fasste Dr. Andreas Lueg vom Diabeteszentrum LI in Hameln zusammen. 20% aller Praxis-Patienten wiesen eine eGFR < 60 ml/min/1,73 m² auf. Aufgrund der Nierenfunktionsstörung stünden für diese Patienten nur DPP-4-Hemmer zur Therapieerweiterung bzw. Monotherapie zur Verfügung. Nur Sitagliptin könne jedoch bis zur Dialyse angewendet werden. Saxagliptin sei ab einer eGFR von 15 ml/min/1,73 m² kontraindiziert.

Jan Groh

▪ Fortbildungsveranstaltung „Stoffwechsel in Balance“, Schwerpunktthema: Der Typ-2-Diabetiker zwischen Hausarzt und Facharzt; Berlin, Juni 2016 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

COPD-Therapie im Wandel

ICS nur bei Exazerbationen und Eosinophilie

— Als letzte Leitlinien-gerechte Bastion der inhalativen Kortikosteroide (ICS) gelten Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und häufigen Exazerbationen. Nun zeigt die FLAME-Studie, dass selbst bei diesen Patienten eine doppelte Bronchodilatation mit einem langwirksamen β_2 -Agonisten (LABA) und einem langwirksamen Muskarinantagonisten (LAMA) Indacaterol/Glycopyrronium wirksamer das Exazerbationsrisiko senkt als die Kombination aus Salmeterol/Fluticason – einem ICS plus LABA. Es gibt aber eine Subgruppe der COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen, die ICS eventuell doch benötigen könnten, erklärte Prof. Felix Herth, Heidelberg. Das sind Patienten mit hoher Bluteosinophilie.

ICS/LABA-Kombinationen schaden jedoch COPD-Patienten ohne häufige

Exazerbationen. 20% der Patienten entwickeln unter ICS eine Pneumonie. Hinzu kommen langfristig erhöhte Risiken u. a. für Diabetes und Osteoporose.

Eindeutige Studienlage

Duale Bronchodilatoren wie Indacaterol/Glycopyrronium (Ultibro® Breezhaller®) sind ICS/LABA-Kombinationen überlegen. In der ILLUMINATE-Studie mit Patienten ohne Exazerbationen verbesserte Indacaterol/Glycopyrronium die FEV₁ um 100 ml mehr als Salmeterol/Fluticason und senkte signifikant das Exazerbationsrisiko. In der LANTERN-Studie mit Patienten, die im Vorjahr eine Exazerbation erlitten hatten, stieg die FEV₁ unter Indacaterol/Glycopyrronium um 75 ml mehr als unter Salmeterol/Fluticason. Das Exazerbationsrisiko sank ebenfalls signifikant. Die

© Sebastian Kaulitzki / fotolia.com

Eosinophiler Granulozyt.

FLAME-Studie bestätigte, dass Indacaterol/Glycopyrronium (1 × 110/50 µg/d) auch bei Patienten mit häufigen Exazerbationen Salmeterol/Fluticason (2 × 50/500 µg/d) bezüglich des Schutzes vor Exazerbationen, der Lungenfunktion und der Lebensqualität überlegen ist.

Dr. Dirk Einecke

▪ Satellitensymposium „Therapiefortschritt für symptomatische COPD- und Asthmapatienten“, 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; Mannheim, April 2016 (Veranstalter: Novartis)