

## Erste Fixkombination aus SGLT-2- und DPP-4-Hemmer auf dem Markt

# Neue Therapieoption für Diabetiker

— Bei Typ-2-Diabetes ist zur Senkung des Blutzuckers die Monotherapie in der Regel nicht ausreichend. „Unter allen Substanzen kommt es im Laufe der Zeit zu einem Blutzuckeranstieg“, gab Prof. Monika Kellerer, Ärztliche Direktorin des Zentrums für Innere Medizin im Marienhospital in Stuttgart, zu bedenken. Würden nach drei bis sechs Monaten individuelle Therapieziele nicht erreicht, müsse an eine Therapieintensivierung gedacht werden.

### Bei älteren Patienten zunächst einen DPP-4-Hemmer dazugeben

Insbesondere bei älteren Patienten hat sich aufgrund hoher Effektivität und eines fast fehlenden Hypoglykämierisikos der DPP-4-Inhibitor Sitagliptin durchgesetzt. „Wenn die Kombination

aus Metformin und Sitagliptin zur Blutzuckersenkung nicht ausreicht, kann Sitagliptin durch die neue Fixkombination aus dem SGLT-2-Hemmer Ertugliflozin und Sitagliptin (Steglujan®) ersetzt werden“, so die Empfehlung der Expertin. Durch die Fixkombination bleiben die Zuzahlungsbeträge für die Patienten zudem gleich, da weiterhin nur für ein Medikament bezahlt werden muss.

**Signifikante Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Werts** Basis für die Zulassung der Fixkombination war das klinische Entwicklungsprogramm Evaluation of Ertugliflozin efficacy and safety (VERTIS) mit neun Phase-III-Studien und rund 12.600 erwachsenen Typ-2-Diabetikern. In einer dieser Studien konnte gezeigt werden,

dass die zusätzliche Gabe von 5 mg E oder 15 mg Ertugliflozin zu Metformin und Sitagliptin nach 26 Wochen zu einer signifikanten Senkung des HbA<sub>1c</sub>-Werts um 0,8 (5 mg) und 0,9 Prozentpunkten (15 mg) führt. Der systolische Blutdruck wurde unter der Dreierkombination im Vergleich zu Placebo um 3,8 mmHg (5 mg) bzw. 4,8 mmHg (15 mg) signifikant gesenkt. Das Sicherheitsprofil von Ertugliflozin war mit dem anderer SGLT-2-Hemmer vergleichbar. Die häufigsten bekannten und vorab definierten unerwünschten Ereignisse waren genitale Pilzinfektionen.

Dr. Claudia-Viktoria Schwörer

▪ Satellitensymposium „Personalisiertes Management des Typ-2-Diabetes“, 53. Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft; Berlin, Mai 2018 (Veranstalter: MSD)

## Nach Knie- oder Hüftgelenkersatz

# Raschere Mobilisation durch kluge Analgesie

— Der stationäre Aufenthalt von Patienten, die ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk erhalten haben, liegt in Deutschland nach Einführung der DRG-Regelungen in der Regel bei vier Tagen. Daher muss die Mobilisierung nach der Operation schnell erfolgen. Dies könne nur mit einer starken, aber nicht einschränkenden Analgesie gelingen, führte Prof. Christian Simanski, Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall-, Hand-, Fußchirurgie am St. Martinus Krankenhaus Langenfeld, aus.

PD Dr. Thomas Meuser, Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, GFO-Kliniken Rhein-Berg, Bergisch-Gladbach, referierte über die mechanismenorientierte medikamentöse Schmerztherapie, bei der zwischen nozizeptiven, neuropathischen und dysfunktionalen Schmerzen differen-

ziert wird. Im Vordergrund der Therapie nozizeptiver Schmerzen und zur Basisanalgesie im Rahmen einer balancierten Schmerztherapie stehen Meuser zufolge Nicht-Opioid-Analgetika wie Metamizol, NSAR oder Coxibe zur Verfügung.

Bei stärkeren nozizeptiven Schmerzen sind darüber hinaus Opioide oder  $\mu$ -Opioid-Rezeptor-Agonist/ Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (MOR-NRI) wie Tapentadol indiziert, welches im Vergleich zu den klassischen Opioiden durch einen zusätzlichen zweiten Wirkmechanismus ebenso bei neuropathischen Schmerzen, insbesondere bei gemischten Schmerzen (wie z. B. bei Rückenschmerzen) gezielt wirkt.

Monika Walter

▪ „Schmerztherapie im Krankenhaus – ein interprofessioneller Workshop“, München, Juni 2018 (Veranstalter: Grünenthal)



Nur weitgehend schmerzfreie Patienten kommen schnell wieder auf die Beine