

## Neue Empfehlungen

# Individuelle Diabetestherapie: Entscheidend ist der kardiale Status

**Angesichts neuer Daten von großen Outcome-Studien haben die europäische und die amerikanische Diabetes-Gesellschaft gemeinsam ein aktualisiertes Konsensus-Statement zum Thema Diabetestherapie im Rahmen des diesjährigen EASD-Meetings vorgestellt.**



— Die Achillesferse des Typ-2-Diabetikers ist sein Herz: Zwei Drittel aller Typ-2-Diabetiker versterben an einem kardio- oder zerebrovaskulären Ereignis. Daraus ergibt sich die Forderung, dass die eingesetzten Antidiabetika nicht nur den Blutzucker effektiv senken, sondern auch makrovaskuläre Komplikationen verhindern sollten. Eine solche kardioprotektive Wirkung konnte in den letzten Jahren für den SGLT2-Inhibitor Empagliflozin in der EMPA-REG-Outcome-Studie und für die GLP-1-Rezeptor-Agonisten Liraglutid in der LEADER-Studie bzw. Semaglutid in der SUSTAIN-Studie dokumentiert werden.

### Als zweites bei KHK: Empagliflozin oder Liraglutid

Angesichts dieser Ergebnisse wurde von der Europäischen (EASD) und Amerikanischen (ADA) Diabetes-Gesellschaft ein neues gemeinsames ADA/EASD-

Konsensus-Statement für die Diabetestherapie erarbeitet. Unverändert bleibt als initiale Basistherapie die Lifestyle-Modifikation plus Metformin, zumal in den Outcome-Studien über 70% der Patienten auch Metformin erhielten. Reicht das nicht aus, wurde bisher die Kombination mit einem zweiten oralen Antidiabetikum propagiert, wobei in der Regel im Hinblick auf die Sicherheit bzw. das niedrige Hypoglykämie-Risiko ein DPP-4- oder ein SGLT2-

Inhibitor zum Einsatz kommen sollte. Werden auch damit die Zielwerte nicht erreicht, so kann eine dreifache orale Kombination, also Metformin plus SGLT2- plus DPP-4-Inhibitor verordnet werden oder es sollte der Einstieg in die Insulintherapie mit einem Basalinsulin (basal-unterstützte orale Therapie, BOT) erfolgen.

Und hier greift die neue Empfehlung für den Therapiealgorithmus ein: Im Hinblick auf die Erweiterung der Therapie nach Metformin ist jetzt der kardiale Status das Entscheidende. Hat der Patient bereits eine KHK, so sollte als zweites Antidiabetikum entweder Empagliflozin oder Liraglutid bzw. Semaglutid eingesetzt werden. (Empagliflozin darf aber bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz [GFR < 45 ml/min] nicht gegeben werden.) Sollten mit einer dieser Substanzen die Zielwerte nicht erreicht werden, dürfte eine Kombination der beiden

Therapiestrategien sinnvoll sein – allerdings gibt es für diese Empfehlung noch keine Evidenz.

### Welche Substanz bei Herzinsuffizienz?

Für herzinsuffiziente Typ-2-Diabetiker ist der SGLT2-Inhibitor Empagliflozin das Mittel der ersten Wahl nach Metformin, da für diese Substanz eine Reduktion der Krankenhausaufnahmen nachgewiesen werden konnte. Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz wird als Alternative Liraglutid propagiert, obwohl in der LEADER-Studie kein signifikanter Vorteil beim Endpunkt Herzinsuffizienz dokumentiert werden konnte. Glitazone und Saxagliptin sollten bei Diabetikern mit Herzinsuffizienz auf keinen Fall eingesetzt werden.

### Rückstufung von Gliptinen und Basalinsulin

DPP-4-Inhibitoren konnten zwar ihre kardiovaskuläre Sicherheit in Studien unter Beweis stellen, aber darüber hinaus zeigten sie keinen zusätzlichen Nutzen, sodass sie bei Patienten mit einer kardialen Begleiterkrankung nicht als Partner des Metformins in Frage kommen. Durch diese neuen Empfehlungen wird auch der Stellenwert des Basalinsulins etwas relativiert, d. h. der Einstieg in die Insulintherapie wird bei Patienten mit kardialen Erkrankungen nach hinten verschoben. Basalinsuline sollten erst dann zum Einsatz kommen, wenn mit Empagliflozin und/oder Liraglutid die Zielwerte nicht erreicht werden. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

▪ EASD 2018, 4.10.2018 in Berlin