

Insulin degludec wieder auf dem Markt

Geringes Hypoglykämierisiko

— Das jetzt wieder zugelassene Langzeitinsulin degludec (Tresiba®) zeichnet sich durch sehr gleichmäßige Insulinspiegel, ein niedriges Hypoglykämie-Risiko sowie die Möglichkeit einer flexiblen Dosierung aus, erläuterte Dr. Andreas Liebl, Bad Heilbrunn.

Das gegenüber dem oft verordneten Basalinsulin glargin U100 geringere Hypoglykämie-Risiko wurde in zahlreichen Studien dokumentiert:

1 Die BEGIN ONCE LONG-Studie mit 1.030 Typ-2-Diabetikern, die erstmals auf Insulin eingestellt wurden: Insulin degludec reduzierte die Risiken für nächtliche und schwere Unterzuckerungen um 43% bzw. 69%.

2 Die SWITCH-2-Studie: Symptomatische bzw. nächtliche symptomatische Hypoglykämien traten unter Insulin degludec um 30% bzw. 42% seltener auf. „Besonders gefährdete Patienten haben einen eindeutigen Vorteil“, kommentierte Liebl.

3 Die DEVOTE-Studie, eine Sicherheitsstudie mit 7.637 Typ-2-Diabetikern mit kardiovaskulären Risikofaktoren: Im Ergebnis unterschieden sich die Insuline degludec und glargin U100 bei den kardiovaskulären Komplikationsraten nicht. Auffällig war das um 53% geringere Risiko für nächtliche schwere Hypoglykämien unter Insulin degludec.



Der Umstieg auf Insulin kann die Lebensqualität spürbar verbessern.

Tresiba® eignet sich gut für den Einstieg in die Insulintherapie, resümierte Liebl. Zwar scheuen manche Patienten diesen Schritt. Doch sie merken schnell, dass sie nach der Umstellung wieder klarer sehen, sich besser konzentrieren und leistungsfähiger sind.

—
Dr. Dirk Einecke

▪ *Pressekonferenz „Insulintherapie starten – Hypoglykämien in Schach halten“; Frankfurt/M., Januar 2019 (Veranstalter: Novo Nordisk)*

Neue GOLD-Therapie-Empfehlungen 2019 bei COPD

Symptom- und Exazerbationskontrolle trennen

— Veränderte Algorithmen, der Biomarker Eosinophilie als Entscheidungshilfe, sowie ein Management-Zyklus zur kontinuierlichen Überprüfung der Therapie: Das sind die wesentlichen Neuerungen der GOLD-Therapie-Empfehlungen 2019 bei COPD. Prof. Michael Dreher, betonte v. a. folgende Punkte:

1 Bei der Erstvorstellung wird der Patient wie bisher einem GOLD-Stadium A, B, C oder D zugeordnet und stadiengerecht behandelt.

2 Jeder Patient soll regelmäßig bezüglich Atemnot-Symptomatik und Exazerbationen reevaluiert werden. Dabei werden korrekte Inhalationstechnik sowie Adhärenz beurteilt und ggf. die Notwendigkeit nicht-pharmakologischer Ansätze (Schulung, Rehabilitation) geprüft.

3 In der Betreuung kommt es darauf an, ob Luftnot oder Exazerbationen im Vordergrund stehen. Dafür gibt es jeweils unterschiedliche Behandlungs-Algorithmen. Bei vordringlicher Luftnot haben Bronchodilatoren mehr Gewicht. Bei häufigen Exazerbationen kann von Mono- über Dual- zu einer Triple-Therapie eskaliert werden. Neben „Step up“ ist auch ein „Step down“ möglich, z. B. wenn inhalative Kortikoide (ICS) nicht helfen, die Indikation nicht stimmt oder eine Pneumonie auftritt.

4 Eosinophile Granulozyten werden als Biomarker betrachtet. Werte < 100/µl sprechen gegen, Werte > 300 µl für einen ICS-Einsatz.

Bei schwerer COPD mit häufigen Exazerbationen hat der Patient Vorteile von

einer Triple-Therapie, die aus zwei Bronchodilatoren (LABA, LAMA) plus ICS besteht. Dies konnte zuletzt in drei großen Studien demonstriert werden.

Eine dieser Studien war TRIBUTE [Papi A et al. Lancet. 2018;391:1076–84]. Die Behandlung mit Glycopyrronium/Formoterol/Beclometason aus einem Inhaler (Trimbow®) reduzierte gegenüber der dualen Therapie mit Glycopyrronium/Indacaterol das Risiko für Exazerbationen (0,5 vs. 0,59 pro Jahr) und verbesserte zugleich Lungenfunktion und Lebensqualität. 1.500 Patienten waren in der Studie ein Jahr lang behandelt worden.

—
Dr. Dirk Einecke

▪ *Pressegespräch „COPD: Extrafeine Dreifach-Fixkombination dualer Kombination überlegen“, Kongress der Dt. Gesellschaft für Pneumologie, München, März 2019 (Veranstalter: Chiesi)*