

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

Typ-2-Diabetes

Hypoglykämierisiko möglichst gering halten



Am Insulin kommen auf die Dauer nur wenige Diabetiker vorbei.

— „Die meisten Menschen mit einem Typ-2-Diabetes landen, wenn sie lange genug leben, irgendwann beim Insulin“, so PD Dr. Rainer Lundershausen, niedergelassener Diabetologe in Erfurt. Eine Insulintherapie sei aber immer mit einem gewissen Hypoglykämierisiko assoziiert.

Bei Menschen mit einem Typ-2-Diabetes beträgt das Hypoglykämierisiko 40%, schwere Hypoglykämien werden bei 5% beobachtet. „Die Angst vor Hypoglykämien erschwert das Erreichen der Zielwerte, da Insulin oft zu spät oder in zu geringer Dosis eingesetzt wird“, so Lundershausen.

Wichtig ist ein flaches, stabiles Wirkprofil

Mit Insulin degludec (Tresiba®) steht ein innovatives Basalinsulin zur Verfügung,

das über ein flaches und stabiles Wirkprofil verfügt. Dadurch sinkt das Hypoglykämierisiko. In der DEVOTE-Studie konnte Insulin degludec im Vergleich zu Insulin glargin 100 E/ml seine Überlegenheit in Sachen Sicherheit unter Beweis stellen. Bei vergleichbarer Senkung des HbA_{1c}-Werts war die Rate an schweren Hypoglykämien um 40%, die Rate an nächtlichen schweren Hypoglykämien sogar um 53% niedriger [Marso SP et al. N Engl J Med. 2017;318:723–32].

Entscheidend ist der kardiale Status

Nach dem 2018 von ADA und EASD gemeinsam veröffentlichten Konsensusstatement [Davies MJ et al. Diabetes Care. 2018;41:2669–701] ist für alle Menschen mit einem Typ-2-Diabetes Metformin das Medikament der ersten Wahl, soweit die Substanz vertragen wird und keine Kontraindikationen vorliegen. „Im Weiteren, wenn mit Metformin das Therapieziel nicht erreicht wird, orientieren sich die Empfehlungen danach, ob eine kardiovaskuläre oder chronische renale Begleiterkrankung vorliegt“, so Prof. Jens Aberle, Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie am UKE Hamburg. Ist das nicht der Fall, so ist entscheidend, ob die Priorität auf der Minimierung der Gewichtszunahme bzw. auf einer Gewichtsabnahme oder auf der Minimierung des Hypoglykämierisikos liegt.

Konkret sollte bei einem Patienten mit einer KHK nach Metformin vorrangig ein GLP-1-Rezeptor-Agonist wie Liraglutid (Victoza®) oder ein SGLT2-Inhibitor mit einem nachgewiesenen

kardiovaskulären Vorteil eingesetzt werden. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder chronischer Niereninsuffizienz sollte nach Metformin ein SGLT2-Inhibitor mit bei diesen Krankheitsbildern nachgewiesenem Wirkprofil zum Einsatz kommen. Wenn der SGLT2-Inhibitor aber nicht vertragen wird oder bei erniedrigter GFR nicht gegeben werden kann, sollte als Alternative der GLP-1-Rezeptor-Agonist verordnet werden.

Dr. Peter Stiefelhagen

- Satellitensymposium „Neues zum Diabetes in der Hausarztpraxis“, Praxis Update 2019; Berlin, Mai 2019 (Veranstalter: Novo Nordisk)

Erstes Medikament gegen das Familiäre Chylomikronämie-Syndrom verfügbar

Die Europäische Kommission hat die bedingte Zulassung für Waylivra®erteilt. Das Antisense-Oligonukleotid ist als unterstützende Behandlung neben einer Diät bei erwachsenen Patienten mit genetisch bestätigtem familiärem Chylomikronämie-Syndrom (FCS) und mit einem hohen Risiko für Pankreatitis angezeigt, bei denen das Ansprechen auf eine Diät und eine triglyzeridsenkende Therapie unzureichend war. FCS wird durch eine Funktionsstörung des Enzyms Lipoproteinlipase verursacht und ist durch eine schwere Hypertriglyzeridämie und das Risiko für eine potenziell tödliche, akute Pankreatitis charakterisiert. Das Medikament steht als Fertigspritze für eine subkutane Selbstinjektion zur Verfügung.

Red.

- Nach Informationen von Akcea