

Neues prognostisches Therapieprinzip

Antidiabetikum Dapagliflozin bei Herzinsuffizienz zugelassen

Mit Dapagliflozin (Forxiga®) steht der erste Natrium-Glukose-Kotransporter-2 (SGLT-2)-Inhibitor zur Therapie der Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (HFrEF) zu Verfügung. Die Behandlung bessert die Lebensqualität und reduziert die Risiken für Sterblichkeit, Krankenhauseinweisungen sowie renale Komplikationen.

Die Zulassung des SGLT-2-Inhibitors basiert auf der DAPA-HF-Studie mit 4.744 HFrEF-Patienten mit oder ohne Diabetes [1]. Im Verlauf von ca. 18,2 Monaten senkte Dapagliflozin (1 × 10 mg/d oral) das Risiko für eine Verschlechterung der Herzschwäche mit Notfall- oder Krankenhausbehandlung um 26% gegenüber Placebo (16,3% vs. 21,2%). Die Kardiovaskuläre- sowie die Gesamtsterblichkeit wurden um 18% (9,6% vs. 11,7%) bzw. 17% (11,6% vs. 13,9%) reduziert.

An der Studie hatten überwiegend Patienten mit NYHA-Stadien II oder III teilgenommen, erklärt Ko-Studienautor Prof. Michael Böhm, Direktor der Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg. Die Patienten waren mit ACE-Hemmern, Betablockern und MRA vorbehandelt, die „bis zur Verträglichkeitsgrenze ausgereizt waren“, betonte der Kardiologe.



Transport der Glukose aufhalten – hilft auch bei Herzinsuffizienz.

Der Therapieeffekt stellte sich bereits nach vier Wochen ein und war unabhängig von der Nebendiagnose Diabetes sowie von Blutdruck und Alter der Teilnehmer. Auch bei Patienten, die bereits auf einen Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor (ARNI) eingestellt waren, wirkte Dapagliflozin additiv. Laut Böhm zeigen diese Ergebnisse, dass Patienten SGLT-2-Inhibitoren zeitgleich mit ACE-Hemmern, Betablockern, MRA und ARNI behandelt werden sollten. Da bereits zwei positive Endpunktstudien vorliegen, erfüllen SGLT-2-Hemmer die Kriterien einer Klasse 1a-Leitlinien-Empfehlung, mit der Böhm im Mai 2021 rechnet.

Dr. med. Dirk Einecke

Quelle: [1] McMurray JJV et al. N Engl J Med. 2019;381:1995–08; Launch-Presskonferenz „Dapagliflozin: Neue und effektive Therapieoption bei Herzinsuffizienz“, 3. Dezember 2020 (Veranstalter: AstraZeneca)

Täglich schmerzt der Rücken

Diagnose und Schmerztherapie in Zeiten der Corona-Pandemie

Eine klinische Diagnose bei dauerhaften Rückenschmerzen ist für den Therapieerfolg unerlässlich. Um den persönlichen Kontakt während der Corona-Pandemie reduzieren zu können, kann der Patient vor der Untersuchung den Online-Fragebogen painDetect™ zur Identifikation neuropathischer Schmerzkomponenten ausfüllen.

Bei der Schmerztherapie von chronischen Rückenschmerzen setzt Dr. Jessica Münchmeyer, Allgemeinmedizinerin in Erlangen, auf das Opioid-Analgetikum Tapentadol (Palexia®) mit seinem dualen Wirkmechanismus. Das zentral wirksame Analgetikum wirkt als μ -Opioid-Rezeptor-Agonist und als Noradrenalin-

Wiederaufnahmehemmer [1] und kann bei nozizeptiven, neuropathischen und gemischten Schmerzen eingesetzt werden. Die Wirksamkeit von Tapentadol ist mit klassischen Opioiden vergleichbar, wobei es gastrointestinal besser vertragen wird als z. B. Oxycodon [2]. Vorteile sieht Münchmeyer zudem im vergleichsweise geringen Interaktionspotenzial, in der guten Steuerbarkeit und in der einfachen Dosierung. Bei einer gut eingestellten Therapie können Nachgespräche derzeit per Videosprechstunde erfolgen. Ute Ayazpoor

Quelle: [1] Deeks ED. Drugs. 2018;78:1805–16; [2] Lange B et al. Adv Ther. 2010;27:381–99; Pressegespräch „Das neue Normal in der Schmerztherapie – Diagnose und Behandlung auf Distanz?“, 3. Februar 2021 (Veranstalter: Grünenthal)

Kurz notiert

Stärker antikoagulieren bei COVID-19

Bei COVID-19-Patienten treten gehäuft Thrombosen und Lungenembolien auf, was eine Virus-induzierte Koagulopathie nahelegt [1]. Ob ein intensiviertes Antikoagulationsregime Patienten vor diesen Komplikationen schützt, wird jetzt unter Leitung der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf mit Unterstützung der Firma Daiichi Sankyo untersucht. In der randomisierten HERO-19-Studie werden COVID-19-Patienten gewichtsadaptiert im Krankenhaus mit 2 × 100 IE/kg Enoxaparin und anschließend ambulant mit Edoxaban (60 oder 30 mg) weiterhandelt. Die Kontrollgruppe erhält im Hospital eine niedrige Enoxaparin-Dosis (1 × 4.000 IE) und nach Entlassung Placebo. Erste Ergebnisse werden Mitte des Jahres erwartet.

red

Quelle: [1] Wichmann D et al. Ann Intern Med. 2020;173:268–77; nach Informationen von Daiichi Sankyo