

Glykämische Kontrolle

Blick auf postprandialen Blutzucker lohnt

Je niedriger der HbA_{1c}-Wert, desto geringer ist der Einfluss des Nüchternblutzuckers darauf. Es steigt dann der Einfluss des postprandialen Blutzuckers. Diesen zu senken, ist auch klinisch relevant.

Werden Patienten mit Typ-2-Diabetes eingestellt, stehen der HbA_{1c}-Wert und der Nüchternblutzucker (NBZ) im Mittelpunkt. Schließlich definieren diese beiden Kenngrößen auch die Diagnose: Ein HbA_{1c} >6,5 % bedeutet Diabetes mellitus. Das gilt auch bei einem NBZ >126 mg/dl, wenn der HbA_{1c}-Wert von 5,7 bis 6,5 % liegt. Hier kann die Diagnose durch einen oralen Glukosetoleranztest (OGTT) gefestigt werden, wenn der 2-Stunden-Wert über 200 mg/dl liegt, erinnerte Dr. Ralph-Detlef Köhn, niedergelassener Internist und Diabetologe aus Essen.

Für die glykämische Kontrolle sind sowohl der NBZ als auch der postprandiale Blutzucker (ppBZ) von Bedeutung, sagte

Köhn: „Je höher der HbA_{1c}-Wert, desto größer ist der Beitrag des Nüchternblutzuckers.“ Bei HbA_{1c}-Werten >10 % betrage der NBZ-Anteil ca. zwei Drittel. Liege das HbA_{1c} <7,3 %, ist der NBZ nur zu einem Drittel beteiligt, den Rest bestimmt der ppBZ, so Köhn (Diabetes Care 2003; 26: 881). Das sei klinisch relevant. Bei einem ppBZ von >200 mg/dl war das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse ca. 50 % höher bei einem NBZ von >126 mg/dl (Arch Intern Med. 2001;161:397).

Im Vordergrund der Therapie steht die HbA_{1c}-Senkung bis zum individuellen Zielwert. Ist das Ziel erreicht, rät Köhn seinen Patienten, mal nach Frühstück oder Mittagessen in die Praxis zu kommen, um dann auch den ppBZ zu bestimmen. Gerade bei jungen und mittelalten Patienten sollte das Standard sein, da sich das Drehen am ppBZ lohnen kann.

Eine Option, postprandiale Blutzuckerspitzen in den Griff zu bekommen, sind Mahlzeiten-Insuline wie das Analogon In-

sulin lispro (vom Unternehmen als Liprolog® angeboten) – ergänzend zu oralen Antidiabetika. Vorteile bietet eine konzentrierte Variante des Insulins mit 200 E/ml, so Köhn. So sei belegt, dass die Umstellung von Lispro100 auf bioäquivalentes Lispro200 die Stoffwechsellage positiv beeinflusst: HbA_{1c} und die Insulindosis wurden reduziert, Hypoglykämien vermieden (Expert Opin Drug Saf 2018; 17:445).

Das liege an der geringeren Injektionsmenge, die sich über eine geringere Fläche im Unterhautfettgewebe ausbreitet, so Köhn. Das erleichtere den Spritzstellenwechsel und vermeide Lipohypertrophien. Und der Kraftaufwand sei geringer. Die Patienten könnten den Pen durchdrücken, es komme die vollständige Insulindosis im Gewebe an. Zudem müssen die Patienten weniger zuzahlen. Dabei mache es für das Arzneimittelbudget keinen Unterschied, ob Lispro100 oder 200 verordnet werde. „Ab 20 IE pro Tag lohnt sich der Wechsel auf das konzentrierte Präparat“, schloss Köhn.

Dr. Michael Hubert

Quelle: Stoffwechsel in Balance. 25.–27. 10.2019 in Berlin, Veranstalter: Berlin-Chemie

Typ-2-Diabetes

Neue Maßnahmen gegen die verkürzte Lebenserwartung

Ein Typ-2-Diabetes verkürzt die Lebenserwartung erheblich: Hat ein 60-jähriger Mensch einen Diabetes, wird er 6 Jahre kürzer leben als ein Gleichaltriger ohne Diabetes. Ein 60-Jähriger Diabetiker, der auch koronarkrank ist, wird sogar um 12 Jahre kürzer leben. Deshalb muss die Therapie das kardiovaskuläre Risiko senken. Heute gibt es Antidiabetika, die genau dies können.

Eines davon ist der SGLT-2-Hemmer Empagliflozin (Jardiance®). Die EMPAREG-OUTCOME-Studie hat bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko nachgewiesen, dass Empagliflozin eine Reihe von kardioresalen Endpunkten signifikant senkt. Besonders deutlich fiel dieser Effekt für die kardiovaskuläre Mortalität aus, die in der Empagliflozin-Gruppe um 38 % geringer war als in der Placebo-Gruppe. Der Unterschied zwischen den Gruppen wurde schon sehr frühzeitig deutlich. Dies sieht Prof. Baptist Gallwitz, Endokrinologe am Univer-

sitätsklinikum Tübingen, als klaren Hinweis darauf, dass es sich nicht um einen Effekt handelt, der verbesserter Glukosekontrolle beruht. Denn dann würde er sich viel später bemerkbar machen.

Auch das Risiko für Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz war in der Empagliflozin-Gruppe signifikant um 35 % geringer und das Risiko für beide Endpunkte zusammen um 34 %. Patienten mit vorbestehender Herzinsuffizienz hatten einen vergleichbaren Nutzen wie solche ohne. Schließlich senkte das Gliflozin auch das Risiko für ein Neuauftreten

oder eine Verschlechterung einer Niereninsuffizienz signifikant um 39 %.

Während der HbA_{1c}-Wert mit der höheren eingesetzten Dosis (25 mg) stärker abfiel als mit der geringeren (10 mg), zeigte der nephroprotektive Effekt keine Dosisabhängigkeit. Auch das sei ein Beleg dafür, dass der Organschutz auf anderen Mechanismen beruhen muss, sagte Prof. Roland Schmieder, Klinikum Nürnberg Süd am Uniklinikum Erlangen. Nach Untersuchungen von Schmieder führt Empagliflozin zu einer Abnahme des Widerstands am Vas efferens, während der afferente Widerstand unverändert bleibt. Dies erkläre auch den initialen geringen Abfall der eGFR, der auch in der EMPAREG-OUTCOME-Studie beobachtet wurde. „Dies ist ein physiologisches hämodynamisches Phänomen und sollte niemand beunruhigen“, so Schmieder. Der Nephrologe fand zudem, dass Empagliflozin den zentralen Pulsdruck senkt und damit die arterielle Steifigkeit vermindert.

Dr. Angelika Bischoff

Quelle: Pressekonferenz beim EASD, 16.9.2019, Barcelona, Veranstalter: Boehringer Ingelheim u. Lilly