

Therapie des Typ-2-Diabetes

# Erster GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonist Tirzepatid in Deutschland verfügbar

Mit dem innovativen Wirkprinzip des GIP/GLP-1-Rezeptor-Agonisten können eine anhaltende glykämische Kontrolle sowie eine Gewichtsreduktion erreicht werden. Der erste Vertreter ist seit Kurzem erhältlich.

Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes (T2D) erreichen ihre individuellen Blutzuckerziele nicht und leiden zusätzlich an Übergewicht. „Der Wirkmechanismus von Tirzepatid ist neu, da es über den GIP-Rezeptor die Insulinausschüttung in der menschlichen Bauchspeicheldrüse stimuliert. Tirzepatid reduziert das Körpergewicht und verbessert den Glukosestoffwechsel bei Adipositas und Typ-2-Diabetes“, so Prof. Stephan Jacob, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologe und Diabetologie in Villingen-Schwenningen.

GLP-1-Agonisten werden seit Längerem zur Behandlung des T2D eingesetzt. Tirzepatid stimuliert jetzt als erster Wirkstoff zusätzlich den GIP-Rezeptor. Der Wirk-

mechanismus wurde in 5 Studien mit rund 6.300 Teilnehmern untersucht. In den Zulassungsstudien SURPASS-1 bis SURPASS-5 ließ sich nach 40 bis 52 Wochen die überlegene Wirksamkeit von Tirzepatid durch den direkten Vergleich gegenüber Placebo, Semaglutid 1 mg, Insulin degludec 100 E/ml sowie Insulin glargin 100 E/ml nachweisen [1, 2]. Jakob wies darauf hin, dass es in der Monotherapie zu keiner klinisch signifikanten oder schweren Hypoglykämie kam. Auch werde die Substanz dem Diabetologen zufolge von den Patienten sehr gut vertragen. Nebenwirkungen, die auftreten können, sind gastrointestinale Probleme wie Nausea, Diarrhö und Erbrechen.

Tirzepatid ist unter dem Handelsnamen Mounjaro® seit Ende November erhältlich zur 1× wöchentlichen Injektion bei unzureichend eingestelltem T2D [1]. Bereits nach 4 Wochen wird die niedrigste Erhaltungsdosis von 5 mg erreicht, die überlegene Wirkeffekte gezeigt hat [1]. Bei Bedarf kann die Dosis nach mindestens 4 Wochen in 2,5-mg-Schritten erhöht werden. Laut Jakob ist die Nachfrage bei den Patienten enorm. Er plädierte jedoch dafür, Patienten nach klaren Kriterien auszuwählen. Dabei stehe an erster Stelle die Blutzuckersenkung bei Patienten mit T2D. Bei Erstverordnung des hoch wirksamen Medikaments zur subkutanen Applikation sollten die Patienten gut aufgeklärt werden – gerade in den ersten Wochen, empfahl Jakob.

Martina Eimer

Literatur

1. Mounjaro® Fachinformation, aktueller Stand. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information\\_de.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information_de.pdf)
2. Frias JP et al. N Engl J Med. 2021;385(6):503-15

Quelle: Pressedinner „Ein Toast auf ... Mounjaro®“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung, 17.11.2023 in Leipzig (Veranstalter: Lilly)

Kontinuierliche Gewebsglukose-Messung in Echtzeit (rtCGM)

# US-Leitlinien empfehlen den Einsatz auch bei Typ-2-Diabetes

Die US-amerikanischen Fachgesellschaften geben aktuelle Empfehlungen zur rtCGM bei Menschen mit Typ-2-Diabetes.

„Auch Patienten mit Typ-2-Diabetes profitieren von der Technologie der rtCGM“, so Prof. Susanne Reger-Tan, Leiterin Diabeteszentrums und Ernährungsmedizin am Uniklinikum Essen. Der erfolgreiche Einsatz von rtCGM in dieser Population schlage sich auch in den aktuellen Leitlinien US-amerikanischer Fachgesellschaften nieder. So spricht sich die American Diabetes Association (ADA) in ihren „Standards of Care in Diabetes“ aufgrund der hohen Evidenz für den Nutzen der neuen Technologie bei Typ-2-Diabetes (T2D) dafür aus, allen Menschen mit intensiver Insulintherapie (ICT) bzw. Insulinpumpentherapie (CSII) die rtCGM anzubieten (Grad A) [1]. Bei Menschen mit weniger intensiver Therapie kann rtCGM

genutzt werden (Grad A), bei Schwangeren kann die Technologie add-on zu herkömmlichen kapillären Glukosemessungen helfen, HbA<sub>1c</sub>-Ziele zu erreichen (Grad B), Kindern und Jugendlichen mit T2D sollte rtCGM angeboten werden (Grad A).

Die American Association of Clinical Endocrinology (AACE) nennt in ihren aktuellen „Principles of the AACE Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm“ einen HbA<sub>1c</sub>-Wert ≤ 6,5% als Ziel [2]. Zur Kontrolle der Glukosestoffwechsellage gibt die AACE eine starke Empfehlung für alle Menschen mit Diabetes aus – unabhängig von der Intensität der Therapie. Für Patienten mit Diabetes und Basalinsulin ist der signifikante Nutzen der rtCGM nachgewiesen, um Thera-

pieziele wie reduzierte HbA<sub>1c</sub>-Werte, hohe Time in Range (TIR) oder niedriges Hypoglykämierisiko zu erreichen. Eine starke Empfehlung gibt die Fachgesellschaft auch für Menschen mit Diabetes und jedweden Hypoglykämierisiko.

Die Endocrine Society (ES) empfiehlt, die CGM zu bevorzugen für ambulante T2D-Patienten, die Insulin und/oder Sulfonylharnstoffe nehmen und über ein hohes Hypoglykämierisiko verfügen [3]. Die Datenlage insgesamt habe z. B. in den USA und Frankreich bereits dazu geführt, dass die rtCGM für Menschen mit T2D erstattungsfähig ist, schloss Reger-Tan.

Michael Koczorek

Literatur

1. ElSayed NA et al. Diabetes Care. 2023;46:S111-S127
2. Samson SL et al. Endocr Pract. 2023;29(5):305-40
3. McCall et al. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(3):529-62

Quelle: Symposium „rtCGM für ALLE: Wie Menschen mit einer intensivierten Insulintherapie bei jedem Schritt profitieren können – auch mit Typ 2 Diabetes“ im Rahmen der Diabetes Herbsttagung 2023 in Leipzig, 17.11.2023 (Veranstalter: Dexcom)