Insulintherapie

Angst vor Hypoglykämien gefährdet das Erreichen der Therapieziele

Die am meisten gefürchtete Komplikation einer Insulintherapie ist die Hypoglykämie. Deshalb empfiehlt sich ein Insulinpräparat, das ein Höchstmaß an Sicherheit bietet.

„Die meisten Menschen mit einem Typ-2-Diabetes landen, wenn sie lange genug leben, irgendwann beim Insulin“, so Privatdozent Rainer Lundershausen, niedergelassener Diabetologe in Erfurt. Eine Insulintherapie sei aber immer mit dem Risiko einer Hypoglykämie assoziiert. Auch 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.

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 HbA_{1c}-Senkung war die Rate an schweren Hypoglykämien um 40 %, die Rate an nächtlichen schweren Hypoglykämien sogar um 53 % niedriger [1].

Entscheidend ist der kardiale Status

Nach dem 2018 von der ADA und EASD gemeinsam veröffentlichten Konsensusstatement [2] 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 orientieren sich dann, wenn mit Metformin das Therapieziel nicht erreicht wird, die Empfehlungen danach, ob eine kardiovaskuläre oder chronisch renale Begleiterkrankung vorliegt“, so Professor 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. 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

(CKD) 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.

Literatur

1. Marso SP, McGuire DK, Zinman B et al (2017) Efficacy and safety of degludec versus glargine in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 377(8):723–732
2. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J et al (2018) Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 41(12):2669–2701

J. Klin. Endokrinol. Stoffw. 2019 · 12:77
<https://doi.org/10.1007/s41969-019-0064-9>

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2019

Quelle: Satellitensymposium „Neues zum Diabetes in der Hausarztpraxis“, im Rahmen des Praxis Update 2019, 10.05.2019 in Berlin, Veranstalter: Novo Nordisk Pharma GmbH
Autor: Dr. Peter Stiefelhagen (sti), Starnberg