

GLP-1-Analog Liraglutid hilft auch beim Absetzen

Eine der angenehmen „Nebenwirkungen“ des in der Diabetes-Therapie gebräuchlichen GLP-1-Analogs Liraglutid ist der Gewichtsverlust. Der Hersteller machte diese Nebenwirkung nun zur Hauptwirkung und testete das Antidiabetikum erfolgreich in einer grossen Phase-3-Studie bei Patienten mit erheblichem Übergewicht.

3731 übergewichtige Menschen mit durchschnittlichem Körpergewicht von 106 kg und einem durchschnittlichen BMI von 38 nahmen an der Studie teil. 78,5% waren Frauen, das Alter betrug im Schnitt 45 Jahre, 61% litten an Prädiabetes, aber keiner an Diabetes. Nach 2:1-Randomisierung wurden 2487 Patientinnen und Patienten (Adipositas ist nach Ansicht der Autoren eine chronische Erkrankung) 56 Wochen lang mit 3,0 mg Liraglutid s.c. oder Plazebo zusätzlich zu Diät und körperlicher Bewegung behandelt.

Die Wirksamkeit kann sich sehen lassen: Die Patienten der Verumgruppe verloren in einem Jahr im Schnitt 8,4 kg, diejenigen der Kontrollgruppe 2,8 kg (Differenz: 5,6 kg, $p < 0,001$). Mehr als 5% ihres Gewichts verloren 63% vs. 27% der Patienten, mehr als 10% des Gewichtes verloren 33% vs. 10,6%. Häufigste Nebenwirkung waren leichte bis mässiggradige Nausea und Erbrechen, die Rate schwerer Nebenwirkungen unterschied sich von Plazebo nicht.

Quelle: X. Pi-Sunyer, et al.; N Engl J Med 2015; 373: 11-22

Mässiger Erfolg der ersten Gentherapie bei Mukoviszidose

Die erste Doppelblindstudie einer Gentherapie der Mukoviszidose beim Menschen hat zwar ein signifikantes Ergebnis, aber nur eine recht schwache Verbesserung der Lungenfunktion erbracht. Wie die Autoren der Doppelblindstudie mit 76 Patienten berichten, stabilisierte sich die FEV1 in der Verumgruppe, während sie sich in der Plazebogruppe um 4% verschlechterte. Bei Patienten mit schlechter FEV1 war der Unterschied mit 6,4% ein wenig grösser.

Eigentlich hatte man mehr erwartet von der ersten Gentherapie 25 Jahre nach der Entdeckung, dass bei Mukoviszidose ein Defekt im Gen des Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR) vorliegt.

In der aktuellen Studie wurde den Patienten das defekte Gen in Form eines Plasmides mit Hilfe von Liposomen appliziert. Die Patienten inhalierten den sog. pGM169/GL67A-Gen-Liposom-Komplex einmal im Monat für ein Jahr. Die Autoren haben sich nun vorgenommen, den Vektor zu verbessern.

Seit einigen Jahren wird mit dem CFTR-Potentiator Ivacaftor und dem CFTR-Korrektor Lumacaftor ein anderer Therapieansatz verfolgt, der darauf abzielt, bei bestimmten Mutationen des CFTR-Gens die Funktion des defekten Kaliumkanals zu verbessern. Diese Medikamente verbessern die pulmonale Situation der Patienten deutlich mehr als es jetzt für die Gentherapie gezeigt werden konnte.

Quelle: EW Alton, et al.; Lancet Respiratory Medicine 2015; doi: 10.1016/S2213-2600(15)00235-3

Warum Diabetiker die Mahlzeit mit Proteinen und Fett beginnen sollten

Wer gegen den Diabetes mellitus kämpft, sollte eventuell die Reihenfolge beachten, in der er Speisen zu sich nimmt. Nach den Befunden von Autoren in Diabetes Care scheint es günstiger, erst Fette und Proteine und anschliessend Kohlenhydrate zu sich zu nehmen. Dies hat einen geringeren postprandialen Blutzuckeranstieg zur Folge als bei umgekehrter Reihenfolge.

Die Autoren hatten 11 Typ 2-Diabetiker mit einem BMI von im Schnitt 33 nach 12stündiger Fastenperiode zweimal eine Testmahlzeit mit 628 kcal (55 g Protein, 68 g Kohlenhydrate, 16 g Fett) einnehmen lassen. Einmal assen die Probanden zunächst die Proteine und das Fett, beim zweiten Mal verzehrten sie zuerst die Kohlenhydrate.

Sie fanden heraus, dass sowohl die Insulinausschüttung als auch die postprandialen Blutzucker-Anstiege signifikant niedriger waren, wenn zunächst Proteine und Fett gegessen wurden. Die Blutglukose lag nach 30 Minuten um 28,6%, nach 60 Minuten um 36,7% und nach 120 Minuten um 16,8% niedriger. Alle Unterschiede waren signifikant.

Quelle: AP Shukla, et al.; Diabetes Care 2015; 38: e98-e99

Starke sportliche Belastung: Cave über den Durst trinken!

Nicht nur zu wenig trinken, auch zu viel trinken im Rahmen einer hohen sportlichen Belastung kann gesundheitsschädlich sein: Es droht eine belastungsbedingte Hyponatriämie (exercise-associated hyponatremia, EAH), die lebensgefährliche Ausmass annehmen kann. Todesfälle sind beschrieben.

Viele Sportler, die sich starken Ausdauerbelastungen bei warmen Temperaturen aussetzen, aber durchaus auch Wanderer, haben verinnerlicht: Sie müssen ausreichend Flüssigkeit zuführen. Mitunter überschätzen sie aber den Flüssigkeitsverlust und trinken vor, während oder nach dem Wettkampf bzw. nach der Belastung mehr, als der Durst erfordert.

Ein solches prophylaktisches Trinken kann zu Elektrolytstörungen im Sinne einer Hyponatriämie führen, die sich auch durch die Zufuhr von sog. Mineralwässern oder „isotonischer“ Sportgetränke nicht verhindern lassen.

Die Symptome treten häufig erst am Ende oder nach der Belastung auf. Eine leichte EAH ist durch Schwindel, Übelkeit, Benommenheit oder Schwellungen gekennzeichnet. Die Therapie besteht in Gabe einer oralen Salzlösung oder eines intravenösen Bolus einer hypertonen NaCl-Lösung. Schwerere Fälle mit starken Kopfschmerzen, Erbrechen, Bewusstseinsstörungen oder Krampfanfällen müssen immer stationär behandelt werden.

Quelle: T. Hew-Butler, et al.; Clinical Journal of Sport Medicine 2015; 25: 303-320

