

Medidays 2011



Moderne antihyperglykämische Therapie des Diabetes

Wie sieht eine moderne antihyperglykämische Therapie des Diabetes Typ 2 aus? Eine Antwort darauf gab Prof. Dr. Roger Lehmann, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung, UniversitätsSpital Zürich, am Diabetologie Update anlässlich der Medidays 2011.

Welche Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus ergriffen werden sollen, ergibt sich aus dem Consensus Statement der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) aus dem Jahr 2009. Der darin aufgezeigte Algorithmus ist nach wie vor gültig.

Die erste Massnahme besteht in einer Lifestyle-Modifikation und in der Gabe von Metformin. Liegt der HbA1c dann noch immer >7%, sind zwei Vorgehensweisen möglich (Abb. 1).

Man verabreicht entweder einen Sulfonylharnstoff und wenn dieser nicht reicht, zusätzlich ein Gliptin (DPP-4 Inhibitor) oder ein GLP-1 Analogon. Seltener wird ein Glitazon gegeben. Die zweite Möglichkeit besteht darin, erst einen DPP-4 Inhibitor, allenfalls in Kombination mit Metformin, zu verabreichen oder ein GLP-1 Analogon zu geben.

Der Stellenwert der Inkretin-basierten Therapie hat in der Diabetestherapie an Bedeutung gewonnen und wird häufig secondline nach Metformin eingesetzt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn man ein Hypoglykämierisiko und eine Gewichtszunahme vermeiden will. Reicht mit einer Inkretin-basierten Therapie die Senkung des HbA1c nicht aus (erwarteter Effekt: 0.5 bis 1.5 % Sen-

kung) muss die Diabetesmedikation ergänzt werden, z.B. mit einem Sulfonylharnstoff. Prof. Lehmann wies darauf hin, dass er eigentlich bei all seinen Patienten Hypoglykämien und eine Gewichtszunahme vermeiden will. Darum wähle er – wenn immer möglich – diesen zweiten Weg. Ein Vorteil sei auch, dass es die DPP-4 Inhibitoren als Kombinationspräparate mit Metformin gebe.

In einem dritten Schritt kommt die Gabe von Insulin (basal oder prandial) dazu. Als vierter Schritt wird eine intensivierete Insulintherapie vorgenommen.



Prof. Dr. med. Roger Lehmann Zürich

Vor- und Nachteile der Inkretin-basierten Therapie

DPP-4 Inhibitoren gibt es als Tabletten, die 1 bis 2 x täglich eingenommen werden. Zudem sind sie auch als Kombinationspräparate mit Metformin erhältlich. Die DPP-4-Hemmer unterscheiden sich kaum in ihrer Wirkung, sondern nur in der Metabolisierung und Ausscheidung. GLP-1 Analoga müssen gespritzt werden.

Da GIP (Glukoseabhängiges insulinotropes Peptid) und GLP-1 (Glucagon-like Peptid 1) für 60 % der prandialen Insulinantwort verantwortlich sind, hängen die Senkung des HbA1c und die Reduktion des Gewichtes von der Plasmakonzentration des GLP-1 ab. Diese ist unter GLP-1 Analoga höher, weshalb die Gewichtsreduktion und Senkung des HbA1c unter GLP-1 Analoga höher ausfällt als mit DPP-4 Inhibitoren. Dafür gibt es aber mit GLP-1 Analoga mehr Nausea und Erbrechen, was als Nachteil zu werten ist. Zudem bestehen noch offene Fragen bezüglich Langzeiteffektivität und Langzeitsicherheit.

Zusammenfassend zog Prof. Lehmann folgendes Fazit für die Praxis: Der Stellenwert der Inkretin-basierten Therapie bei der Diabetesbehandlung nimmt zu. Inkretin-basierte Therapien werden häufig als Zweitlinientherapie nach Metformin eingesetzt. Der Vorteil ist die geringe oder fehlende Hypoglykämie unter dieser Therapie sowie die Gewichtsneutralität /-abnahme. Wenn die HbA1c-Senkung mit diesem Vorgehen nicht ausreicht, muss die Diabetesmedikation ergänzt werden. Zurzeit ist die Kombination von Liraglutid und Exenatid mit Insulin nicht zugelassen. Offene Fragen bestehen bezüglich Langzeiteffektivität und Langzeitsicherheit.

▼ Alexandra Werder

Quelle: Medidays 2011, Zürich

TAB. 1 Moderner Therapiealgorithmus ⇒ Ø Hypoglykämien und Ø Gewichtszunahme				
	Intervention	↓ HbA1c (%)	Kilogramm (kg/J) pro ↓ 1% HbA1c	Hypoglykämie Monotherapie
Schritt 1	Lifestyle (Ernährung, Bewegung)	1–2	-4.0	Nein
	Metformin*	1.5	-1.0–1.5	Nein
Schritt 2a or 2b	DPP-4 Inhibitor (Januvia*, Galvus*, Onglyza*)	1.0	0.0–1.0	Nein
	Kombination: Janumet*, Galvumet*	2.0		
2a or 2b	GLP-1 Analog (Byetta*, Victoza*)	1.1–1.5	-4.0	Nein
2a or 2b	Sulfonylharnstoffe*, Glinide*	1.0–1.5	3.0	Ja
Schritt 2b	Glitazone*	1.0	4.0	Nein
Schritt 3	Insulin (bedtime or prandial)*	10.–1.5	3.0	Ja
Schritt 4	Intensivierte Insulintherapie*	1.5–5.0	3.0	Ja

* Klassenpflichtig Insulintherapie (Stand 10/5/2010)