



Prof. Dr. med.
Roger Lehmann
Zürich



Prof. Dr. med.
Jacques Philippe
Genf

DIABETES - SPRECHSTUNDE

Neue Rubrik «Diabetes-Sprechstunde»:

Warum sind regelmässige Informationen über Diabetes mellitus wünschenswert?

Rund 6.5% der erwachsenen Bevölkerung von Genf und Lausanne und mehr als 5% im schweizerischen Durchschnitt leiden an einem Diabetes mellitus Typ 2. Seit 1990 hat diese Erkrankung rasch und parallel zur steigenden Prävalenz von Adipositas zugenommen.

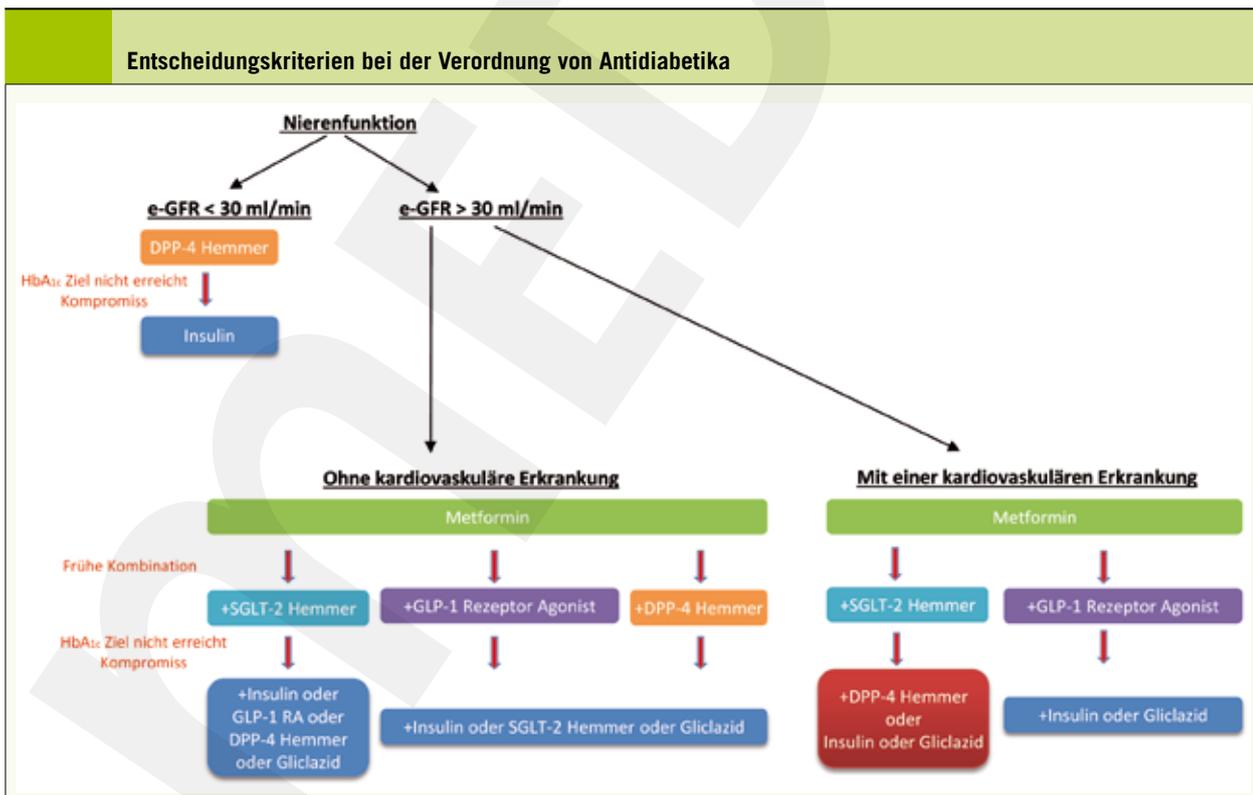
Diabetische Patienten stellen einen bedeutenden Anteil der Klientel der Grundversorger dar und ihre Betreuung und Behandlung ist im Vergleich zu den 80er-Jahren wesentlich komplexer geworden, als lediglich Metformin, Sulfonylharnstoffe und Insulin als Medikamente zur Verfügung standen.

Die Anzahl an Behandlungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten vervielfacht. Darüber hinaus hat eine Vielzahl von Studien bei beiden Diabetes-Typen gezeigt, dass eine gute Kontrolle der Glykämie in der Lage ist, mikro-angiopathische und langfristig auch makro-angiopathische Komplikationen wie Herzinfarkte und kardiovaskuläre Mortalität zu reduzieren.

Die Komplexität der heutigen Behandlung und die rasante Zunahme an klinischen Interventionsstudien haben uns motiviert, eine Rubrik «Diabetes-Sprechstunde» in den Zeitschriften «der informierte arzt» und der «la gazette médicale – info@gériatrie» aufzunehmen. In dieser «Sprechstunde» werden Neuigkeiten präsentiert, welche für die Betreuung von Diabetespationen nützlich sind, vor allem in Form von Fallberichten/Kernaussagen aus bedeutenden klinischen Studien.

Prof. Dr. med. Roger Lehmann

Prof. Dr. med. Jacques Philippe



Empfehlungen für die Behandlung von Typ-2-Diabetes im Jahr 2017

Die erste Diabetes-Sprechstunde ist den neuen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) gewidmet: Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2.

Diese neuen Empfehlungen wurden im Laufe des Jahres 2016 ausgearbeitet infolge der Publikation von zwei wichtigen klinischen Studien im Bereich der Diabetologie, der EMPA-REG OUTCOME- (1) und der LEADER-Studie (2). Während allgemein akzeptiert ist, dass eine intensive Blutzuckerkontrolle langfristig einen Einfluss auf kardiovaskuläre Komplikationen hat, konnten diese beiden Studien zeigen, dass mittels spezifischer Therapie die kardiovaskuläre und totale Mortalität unabhängig von der Blutzuckerkontrolle gesenkt werden kann.

In der EMPA-REG OUTCOME-Studie traten kardiovaskuläre Ereignisse unter Zugabe von Empagliflozin, einem Hemmer des renalen Natrium-Glukose-Transporters SGLT2, zu einer antidiabetischen Standardbehandlung während einer Beobachtungszeit von knapp über 3 Jahren um 14% seltener auf als unter Placebo, während die kardiovaskuläre Mortalität um 38%, die totale Mortalität um 32% und die Anzahl an Hospitalisationen infolge Herzinsuffizienz um 35% tiefer lag bei einer Studienpopulation, welche bereits ein kardiovaskuläres Ereignis hinter sich hatte oder ein sehr hohes Risiko auswies.

In der LEADER-Studie wurde ein gleichartiges Patientenkollektiv mit hohem kardiovaskulärem Risiko oder nach einem kardiovaskulären Ereignis mit Liraglutid (langwirksamer GLP1-Rezeptor Agonist) oder Placebo zusätzlich zu einer antidiabetischen Standardtherapie behandelt. Nach einer Beobachtungszeit von etwas mehr als 3 Jahren traten unter 1.8 mg Liraglutid pro Tag 13% weniger kardiovaskuläre Ereignisse auf, die kardiovaskuläre Mortalität war um 22% und die totale Mortalität um 15% reduziert. In beiden Studien wurde die Anzahl von Herzinfarkten und Schlaganfällen nicht signifikant beeinflusst.

Aufgrund der aktuellen Datenlage soll gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie 2016 (3) bei Nichterreichen des individuellen HbA_{1c}-Ziels bei Vorliegen einer kardiovaskulären Erkrankung die Basistherapie mit Metformin vorzugsweise mit Empagliflozin (SGLT-2 Hemmer) oder

Liraglutid (GLP-1 RA) ergänzt werden; bei Patienten mit Herzinsuffizienz wird ein SGLT-2 Hemmer bevorzugt, während bei Patienten nach Schlaganfall ein GLP1-Rezeptor-Antagonist favorisiert wird. Wenn diese Kombinationsbehandlungen nicht zu einer adäquaten Blutzuckerkontrolle führen, wird in Ergänzung zu angepassten Lebensstilmassnahmen vorgeschlagen, eine Kombination Metformin und SGLT-2 Hemmer mit einem DPP4 Hemmer oder Insulin oder Gliclazid zu ergänzen, und eine Kombination Metformin und GLP1-RA mit Insulin oder Gliclazid. Für die anderen Patienten ohne kardiovaskuläre Krankheiten werden als frühe Kombinationstherapie SGLT-2 Hemmer, GLP1-RA oder DPP4 Hemmer als Zusatz zu Metformin empfohlen.

Zusammenfassend raten diese neuen Empfehlungen dazu, früher mit intensiven Kombinationsbehandlungen zu intervenieren als eine Monotherapie mit Metformin beizubehalten, Behandlung und Therapieziel in Abhängigkeit der Patientencharakteristika, insbesondere Gewicht, Alter, Co-Morbiditäten und insbesondere vorgängiger kardiovaskulärer Probleme zu individualisieren, und schlussendlich, gewisse Substanzen gemäss Evidenzbasierter Medizin zu bevorzugen.

Prof. Dr. med. Roger Lehmann, Zürich

UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung
Rämistrasse 100, 8091 Zürich
roger.lehmann@usz.ch

Prof. Dr. med. Jacques Philippe, Genf

Hôpitaux Universitaires de Genève
Service de diabétologie et endocrinologie
Rue Gabrielle Perret-Gentil 4, 1205 Genève
Jacques.Philippe@hcuge.ch

Literatur:

1. Zinman B et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015;373(22):2117-28
2. Marso SP et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2016;DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
3. Empfehlungen der SGED/SSED: Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. 24 August 2016, revidiert 17 Oktober 2016, <http://www.sgedssed.ch>