

## **Agenda 2004: Optimale Werte für Typ 2-Diabetiker**

Die Behandlung der Nüchtern- und postprandialen Hyperglykämie ist beim Typ 2-Diabetiker ein wichtiger, aber keinesfalls ausreichender Schritt zur Vermeidung kardiovaskulärer Folgeerkrankungen. Weil der Diabetes häufig im Rahmen eines Metabolischen Syndroms auftritt, müssen auch die anderen Komponenten dieses Syndroms diagnostisch erfasst und ganzheitlich angegangen werden, erklärte Professor Dr. med. Hellmut Mehnert aus München, Chairman eines von der Merck KGaA, Darmstadt, unterstützten Abendseminars während des 110. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Hohe Bedeutung hat ein modernes Lipid-Management, das neben dem LDL-Cholesterin auch das HDL-Cholesterin als unabhängigen Risikofaktor berücksichtigt. Klinische Studien zeigen, dass Patienten mit Metabolischem Syndrom und Diabetiker von der Erhöhung des HDL-Cholesterins besonders profitieren. Wegen ihrer ausgeprägt günstigen Wirkung auf die HDL-Fraktion haben Nikotinsäure-Präparate (z. B. Niaspan<sup>TM</sup>)\* an Bedeutung gewonnen. Zur medikamentösen Therapie der Glukosestoffwechselstörung bleibt Metformin (Glucophage®) das Antidiabetikum der ersten Wahl. Mit Blick auf das kardiovaskuläre Risiko sollte bei Nicht-Erreichen des Zielwerts deutlich früher als bisher mit einem synergistisch wirksamen Antidiabetikum, wie z. B. Nateglinide (Starlix®) kombiniert werden.

Bei der Mehrzahl der Typ 2-Diabetiker entwickelt sich die Glukosestoffwechselstörung im Rahmen eines Metabolischen Syndroms. Zusätzlich zum Diabetes bestehen häufig eine Hypertonie sowie eine Hypertriglyzeridämie, niedrige HDL-Spiegel und Adipositas.

## **Metabolisches Syndrom diagnostizieren**

„Weil die Kombination dieser Entgleisungen das kardiovaskuläre Risiko der Patienten potenziert, muss hier viel intensiver als bisher therapeutisch gegengesteuert werden“, betonte Professor Dr. med. Markolf Hanefeld, Dresden. Das bedeutet: Alle Komponenten des Metabolischen Syndroms sind bei der Diagnose zu erfassen und therapeutisch konsequent anzugehen.

Beim Typ 2-Diabetiker erweitert sich die Therapie von einem stark „gluko-zentrischen“ Konzept hin zu einem ganzheitlich orientierten Konzept. Dabei stehen die Senkung des kardiovaskulären Risikos sowie die Vermeidung von Nephropathien und Mikroangiopathien im Fokus. Gemäß den NCEP ATP III-Kriterien sollte bei der Erstuntersuchung der Patienten neben der Glukotrias die Lipidtrias aus Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyzeriden erfasst werden. Zudem ist eine 24h Blutdruckmessung zu erheben, der Taillenumfang und BMI sowie Albuminurie zu bestimmen. Bei Verdacht auf kardiovaskuläre Erkrankungen sind das hsCRP, die Intima-Media-Dicke der Aorta carotis und das EKG wichtige zusätzliche Prädiktoren des Koronarrisikos. Dass sich ein konsequenter polypharmakologischer Ansatz beim Typ 2-Diabetiker mit Metabolischem Syndrom günstig auswirkt, dokumentieren die Ergebnisse der Steno-2-Studie. „Darin wurde gezeigt, dass die Korrektur des Metabolischen Syndroms die Morbidität und Langzeitprognose der Patienten entscheidend verbessern kann“, sagte Hanefeld.

## **Strategien zum optimalen Glukosewert**

Beim Typ 2-Diabetiker reduziert die Senkung der Nüchtern- und postprandialen Glukosespiegel auf normnahe Werte das kardiovaskuläre Risiko deutlich, betonte Professor Dr. med. Ekke Haupt, Bad Kissingen. Die Therapieziele sind in der nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes klar definiert, wobei ein HbA1c-Zielwert d 6,5 % maßgebend ist. Wird dieser Wert durch Allgemeinmaßnahmen nicht erreicht, sind orale Antidiabetika indiziert. Als First-line-Therapie ist bei 80 bis 90 % der Typ 2-Diabetiker aufgrund ihres Übergewichts eine Behandlung mit Metformin (z. B. Glucophage®) angezeigt. Diese Substanz entlastet die Beta-Zelle, verbessert den Glukosestoffwechsel und wirkt über pleiotrope Effekte positiv auf die Dyslipidämie, Gerinnungsfaktoren und das Körpergewicht. Anders als Sulfonylharnstoffe oder Insulin hat Metformin in der United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) eine Reduktion der Gesamtmortalität erzielt und das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko vermindert. Die optimale Dosis für Metformin liegt bei 2 x 1000 mg täglich.

## Frühere Kombinationstherapie gefordert

In den letzten Jahren ist die Erkenntnis gewachsen, dass Antidiabetika früher kombiniert werden müssen als es bisher üblich ist. Wie die UKPDS zeigte, wird das Therapieziel bei der Mehrzahl der Typ 2-Diabetiker durch eine Monotherapie verfehlt. Der individuelle Behandlungsverlauf sollte daher primär durch additive Therapiemaßnahmen gekennzeichnet sein und nicht durch Umstellungen von einer Monotherapie auf eine andere. Die Kombinationstherapie sollte vor Erreichen der jeweiligen Maximaldosis des Einzelpräparates eingeleitet werden. Synergistisch wirksame Antidiabetika sind zu bevorzugen, wie Haupt erklärte. Ein idealer Kombinationspartner für Metformin ist das Phenylalanin-Derivat Nateglinide (Starlix®). Der Hauptgrund: Die Substanz wirkt ausgeprägt auf die postprandiale Hyperglykämie, die als eigenständiger kardiovaskulärer Risikofaktor erkannt wurde. Ein Vorteil von Nateglinide, etwa im Vergleich zu Sulfonylharnstoffen, ist außerdem die deutlich kürzere bedarfsgerechte insulinotrope Wirkung. Glibenclamid oder Glimepirid etwa belasten die Beta-Zelle des Pankreas und halten den Insulinspiegel zu lange aufrecht, d. h. sie setzen auch dann Insulin frei, wenn dieses nicht gebraucht wird. Dadurch steigt unter anderem die Hypoglykämiegefährdung besonders älterer Menschen drastisch. Unter den Gliniden sollte Nateglinide bevorzugt eingesetzt werden, weil es zur Blutzuckerkontrolle die günstigsten Effekte vermittelt. Die Ersttherapie mit Insulin führt bei neudiagnostizierten Typ 2-Diabetikern zu keinen besseren Stoffwechselergebnissen und zeigt, anders als Metformin, keinen positiven Effekt auf die Gesamtmortalität und das KHK- bzw. Schlaganfallrisiko. Die nationale Versorgungsleitlinie Diabetes sieht deshalb als Einstieg in die Insulintherapie die niedrig dosierte Gabe eines 12-Stunden-Insulins ergänzend zur Metformin-Basistherapie vor. Das Insulin sollte als „Bed-time-Insulin“ möglichst vor dem Zubettgehen verwendet werden.

## HDL-Werte im Fokus der Therapie

Die Therapie der Dyslipoproteinämie ist keine „Serum-Kosmetik“, sondern im Konzept des Metabolischen Syndroms ein effektiver Weg, das Risiko für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität zu vermindern, betonte Professor Dr. med. Dietmar Sailer, Bad Neustadt. Im Fokus der Behandlungskonzepte steht beim Typ 2-Diabetiker derzeit die Absenkung erhöhter LDL-Cholesterin-Werte auf eine Konzentration von weniger als 100 mg/dl. Die Anhebung der kardioprotektiven HDL-Fraktion wurde bislang wenig beachtet, obwohl gut dokumentiert ist, dass erhöhte LDL-Werte dadurch wirksam kompensiert werden können. Hier vollzieht sich derzeit ein Wandel, berichtete Sailer. Der Experte empfiehlt, bei niedriger HDL-Konzentration ( < 150 mg/dl) gemessen werden. „Diese Konstellation ist bei Patienten mit Metabolischem Syndrom typisch“, erklärte Sailer. Hier ist die Nikotinsäure das Medikament der ersten Wahl.

*\* Niaspan<sup>TM</sup> wird am 3. Mai 2004 von der Merck KGaA, Darmstadt, in Deutschland auf den Markt gebracht.*

(c) by 'medicinebook.de'

URL : <http://www.medicinebook.de>

[Das Impressum finden Sie hier](#)