

## Herzpatienten mit Diabetes

## Worauf es bei der Therapiewahl ankommt

**Patienten mit einer Herzerkrankung oder kardiovaskulären Risikofaktoren und einem Typ-2-Diabetes benötigen neben der klassischen kardiovaskulären Prävention eine weitergehende Therapie. Aufgrund welcher Kriterien diese auszuwählen ist, zeigte PD Dr. Matthias Herrmann, Universitätsspital Zürich, am Jahreskongress der Schweizer Gesellschaft für Kardiologie (SSC/SSCS) in St. Gallen auf.**

Patienten mit Typ-2-Diabetes haben meist multiple Risikofaktoren für atherosklerotisch bedingte kardiovaskuläre Erkrankungen (ASCVD) wie beispielsweise Dyslipidämie und Hypertonie. Besteht die Diabeteserkrankung weniger als 10 Jahre und ist sie gut kontrolliert, sind weder Anzeichen von Organschäden (Mikroalbuminurie, geschätzte glomeruläre Filtrationsrate [eGFR]  $\leq 60$  ml/min, Retino- oder Neuropathie, linksventrikuläre Hypertrophie) vorhanden noch zusätzliche Risikofaktoren für ASCVD, ist das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis gemäss der Guideline 2021 der European Society of Cardiology (ESC) zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1) moderat. Für alle anderen ist das Risiko hoch bis sehr hoch (1). Bei einer kardiopräventiven Therapie sollten in der Regel ein Blutdruck von 130 mmHg, ein HbA<sub>1c</sub> von  $< 7$  Prozent und ein LDL-C-Wert von  $< 1,4$  mmol/l angestrebt werden, wie die ESC-Guidelines 2019 zu Diabetes empfehlen (2). Was ist demnach bei einem Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Typ-2-Diabetes konkret zu tun?

**Angina pectoris plus Diabetes**

Bei einem 57-jährigen Mann wird eine instabile Angina pectoris diagnostiziert, die im Katheterlabor behoben wird. 8 Monate zuvor wurde ein Typ-2-Diabetes diagnostiziert, seither wird der Patient mit Metformin 500 mg/Tag behandelt. Sein HbA<sub>1c</sub>-Wert beträgt aktuell 6,7 Prozent, der BMI liegt bei 28,2 kg/m<sup>2</sup> und die eGFR bei 72 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Seine übrige kardiopräventive Medikation besteht klassischerweise aus Acetylsalicylsäure (ASS), Clopidogrel, einem Statin und einem ACE-Hemmer.

Gemäss den ESC-Guidelines für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2021) (1) besteht der zweite Schritt nach der Blutdruck- und der Lipidsenkung sowie der antithrombotischen Behandlung aus der Zugabe eines SGLT2-Hemmers oder eines GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA) (1). Zur Wahl für das eine oder das andere Anti-diabetikum schlägt die American Diabetes Association (ADA) in ihren Standards of Medical Care in Diabetes 2022 vor, die Entscheidung anhand der vorhandenen Gegebenheiten zu fällen: Bei einer zusätzlich vorliegenden Herzinsuffizienz ist ein SGLT2-Hemmer zu bevorzugen, bei einer chronischen Nierenerkrankung mit Albuminurie ebenfalls. Ohne Albuminurie und wenn SGLT2-Hemmer nicht vertragen werden, kann auch ein GLP-1-RA verwendet werden (3) (Tabelle).

Für den Patienten im Fallbeispiel eignen sich bei einer eGFR von 72 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> demnach beide Substanzklassen. Aufgrund seines Übergewichts wäre jedoch der Einsatz eines GLP-1-RA mit seinen gewichtsreduzierenden Eigenschaften zu erwägen.

**Absetzen oder fortfahren?**

Wenn ein Patient die Therapie mit einem SGLT2-Hemmer nicht verträgt, sollte laut Herrmann abgeklärt werden, was das Problem ist. Als häufige Nebenwirkungen von SGLT2-Hemmern können Genitalmykosen auftreten, die aber gut zu behandeln sind. Die Patienten können dahingehend instruiert werden. Damit eröffne sich für die Patienten die Chance, weiterhin vom grossen kardioprotektiven Nutzen dieser Substanzklasse zu profitieren, so Herrmann. Denn gemäss einer Metaanalyse von 6 randomisierten, kontrollierten Outcome-Studien mit SGLT2-Hemmern zeigte diese Substanzklasse eine signifikante Reduktion von schweren kardiovaskulären Ereignissen (v. a. herzinsuffizienzbedingte Hospitalisierungen und nierenbedingte Ereignisse). Vor Hirnschlag schützten SGLT2-Hemmer dagegen nicht (4), dafür eigneten sich GLP-1-RA laut einer weiteren Metaanalyse mit einer 17-prozentigen Risikoreduktion besser (5), so Herrmann abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Management of patients with CVD and Diabetes». SSC/SSCS Annual Meeting, 15. bis 16. Juni 2022 in St. Gallen.

### Kriterien für die Wahl von SGLT2-Hemmern oder GLP-1-RA in der Kardioprävention bei Patienten mit Typ-2-Diabetes

Nieren- bzw. Herzfunktion	Substanzklasse
eGFR $> 60$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	GLP-1-RA oder SGLT2-Hemmer
eGFR $< 60$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	GLP-1-RA oder SGLT2-Hemmer
eGFR $< 60$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> plus Albuminurie	SGLT2-Hemmer
Herzinsuffizienz	SGLT2-Hemmer

Quelle: M. Herrmann, SGK 2022 und (3)

## Referenzen:

1. Visseren FLJ et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-3337.
2. Cosentino F et al.: 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J.* 2019;41(2):255-323.
3. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes 2022. Abridged for Primary Care Providers. *Clin Diabetes.* 2022;40(1):10-38.
4. McGuire DK et al.: Association of SGLT2 inhibitors with cardiovascular and kidney outcomes in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *JAMA Cardiol.* 2021;6(2):148-158.
5. Sattar N et al.: Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(10):653-662.