

Therapie des Typ-2-Diabetes

Tipps für die hausärztliche Behandlung

Heute gibt es in der Therapie des Typ-2-Diabetes mehr Evidenz als je zuvor, und gemäss den Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) kann eigentlich fast alles in verschiedenen Kombinationen eingesetzt werden. Welche Therapie jedoch in welchem Fall zu bevorzugen ist, erklärte Dr. Barbara Felix vom Bruderholzspital anlässlich des Klinischen Fortbildungstags.



Dr. Barbara Felix

Für den Therapiestart bei einer Neudiagnose von Typ-2-Diabetes mellitus gilt es allerdings einige Punkte zu beachten. Je nach HbA_{1c}-Wert muss der Schwerpunkt unterschiedlich gesetzt werden. Hat der Patient beispielsweise einen HbA_{1c}-Wert von 7 Prozent, kann mit Bewegung, Gewichtsreduktion beziehungsweise Diät und eventuell Metformin 2 × 500 mg/Tag eine Korrektur bewirkt werden. «Geben Sie dem Patienten ein Blutzuckermessgerät mit nach Hause. So kann er selber sehen, welche

Auswirkung die einzelnen Massnahmen auf seinen Blutzucker haben. Werden die Werte besser, kann Metformin auch wieder abgesetzt werden», sagte Felix. Bei rasch gut eingestellten Patienten hält gemäss Felix die Betazellreserve länger an. Bei übergewichtigen Patienten besteht auch die Option von Metformin plus ein SGLT-2-Hemmer wie Empagliflozin, Dapagliflozin und Canagliflozin. Dazu sollten im Erstgespräch neben einer Anmeldung zur Ernährungsberatung auch unmittelbare Ernährungstipps abgegeben werden, wie beispielsweise der Verzicht auf gezuckerte Getränke und Obst. Das Glas Wein kann man dem Patienten getrost lassen, Alkohol ist per se kein Problem. Bier dagegen ist wegen des Malzgehalts problematisch, ebenso Cocktails und Alcopops aufgrund der Beimischung von zuckerhaltigen Limonaden oder gesüssten Energydrinks.

Blutzuckermessungen wie oft und womit?

Wie oft soll der Blutzucker gemessen werden? Von sogenannten Schachbrettmessungen, also Messungen zu verschie-

denen Tageszeiten, jeweils vor den Mahlzeiten, soll Abstand genommen werden, so der Rat von Felix. Tagesprofile sind dagegen sinnvoll, allerdings reicht einmal pro Woche bei gut eingestellten Patienten. Bei Neudiagnostizierten empfiehlt Felix, anfangs tägliche Tagesprofile zu erstellen, damit der Patient ein Gefühl für den Blutzucker je nach eingenommener Mahlzeit bekommt. Mit der Besprechung der so gewonnenen Daten entwickelt der Patient ein Verständnis für das Zusammenspiel von Ernährung, Medikation und Blutzucker. Wichtig dabei ist das Begutachten von Originaldaten aus den Blutzuckermessgeräten, denn bei durch Patienten erstellten Datensammlungen ist das Risiko für nachträgliche «Vervollständigungen» erhöht.

Eine gute Beratung bei Neudiagnosen erachtet Felix als eine wertvolle Investition, denn zu diesem Zeitpunkt verfüge der Patient noch über 50 Prozent seiner Betazellmasse. Die therapeutischen Möglichkeiten mit Medikation, Ernährung und Sport sind zu diesem Zeitpunkt vielfältiger, und die Motivation des Patienten ist entsprechend grösser als Jahre später, wenn die Insulintherapie bevorsteht.

Weil Blutzuckermessungen ein permanentes In-den-Finger-Stechen bedingen, ist es sinnvoll, die Messungen auf das notwendige Minimum zu beschränken. Eine andere Möglichkeit bietet die Flash-Glukose-Messung mit dem permanenten Tragen eines Glukosesensors (z.B. FreeStyle Libre®), der alle 2 Wochen ausgetauscht werden muss. Mit einem Lesegerät würden die gesammelten Daten jederzeit und so oft wie gewünscht abgerufen, berichtete Felix.

Die SGED empfiehlt Flash-Glukose-Messungen bei Typ-1-Diabetikern und Patienten mit Typ-2-Diabetes mit intensivierter Insulintherapie wie auch diagnostisch kurzfristig bei Patienten, die schlecht kontrolliert sind (1).

Massnahmen bei hohen HbA_{1c}-Werten

Hat ein Patient mit BMI 28 kg/m² unter Metformin 2 × 1000 mg und Sulfonylharnstoffen beispielsweise einen HbA_{1c}-Wert von 10,5 Prozent, so ist ein Therapiewechsel angezeigt. Das anzuviesierende Therapieziel liegt bei ungefähr 7,5 Prozent, dies möglichst ohne Hypoglykämien, so Felix.

Bei einer HbA_{1c}-Abnahme ist gemäss Felix eine Gewichtszunahme von 6 kg zu erwarten, das heisst 2 kg pro Prozent.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei Neudiagnose dem Patienten ein Blutzuckermessgerät mit nach Hause geben.
- ▶ Tagesprofile sind besser als Schachbrettmessungen.
- ▶ Antidiabetika mit Blick auf Potenz, Hypoglykämiefreiheit und kardiovaskuläre Protektion einsetzen.

SGLT-2-Hemmer, DPP-4-Hemmer und GLP-1-Rezeptor-Agonisten in der Schweiz

SGLT-2-Hemmer	Empagliflozin*	Jardiance®
	Dapagliflozin	Forxiga®
	Canagliflozin*	Invokana®
Kombination mit Metformin	Empagliflozin*/Metformin	JardianceMet®
	Dapagliflozin/Metformin	Xigduo®
	Canagliflozin*/Metformin	Vokanamet®
DPP-4-Hemmer	Alogliptin	Vipidia®
	Linagliptin	Trajenta®
	Saxagliptin	Onglyza®
	Sitagliptin*	Januvia®, Xeluvia®
	Vildagliptin	Galvus®
Kombination mit Metformin	Alogliptin/Metformin	Vipdomet®
	Linagliptin/Metformin	Jentaduetto®
	Saxagliptin/Metformin	Kombiglyze®
	Sitagliptin*/Metformin	Janumet®, Velmetia®
GLP-1-Rezeptor-Agonisten	Exenatid (2x/Tag)	Byetta®
	Exenatid SR (1x/Woche)	Bydureon®
	Lixisenatid (1x/Tag)	Lyxumia®
	Liraglutid (1x/Tag)*	Victoza®
	Semaglutid (1x/Woche)*	Ozempic®
	Dulaglutid (1x/Woche)	Trulicity®
Kombination mit Basalinsulin	Lixisenatid/Insulin glargin	Suliqua®
	Liraglutid*/Insulin degludec	Xultrophy®

*Evidenz für Reduktion von Mortalität, mikro- und makrovaskulären Komplikationen erbracht.

Quelle: mod. nach (6–8)

Dies aufgrund von Wassereinlagerungen und weil durch die Eindämmung der Glukosurie 500 kcal pro Tag nicht mehr ausgeschwemmt werden. Eine Blutzuckerverbesserung und eine gleichzeitige Gewichtsabnahme gleichen bis vor Kurzem einer Quadratur des Kreises, sind heute jedoch mit dem Einsatz von GLP-1-Rezeptor-Agonisten (GLP-1-RA) und SGLT-2-Hemmern möglich. Zusätzlich zu Metformin wäre demnach ein GLP-1-RA oder der Einsatz eines SGLT-2-Hemmers eine Option. Beide Substanzkategorien haben mit Empagliflozin (2), dem täglich zu spritzenden Liraglutid (3) oder dem seit Kurzem neu verfügbaren, 1-mal wöchentlich zu spritzenden Semaglutid (4) kardiovaskulär protektive Vertreter und senken das Gewicht. Je nach Blutzuckerziel muss aber auch die jeweilige Potenz des Antidiabetikums berücksichtigt werden. Mit GLP-1-RA sind HbA_{1c}-Reduktionen bis zu 1,8 Prozent, zum Beispiel mit Semaglutid, dem zurzeit potentesten GLP-1-

RA (5), möglich, mit SGLT-2-Hemmern um 1 Prozent, so Felix. Braucht es noch eine stärkere HbA_{1c}-Senkung, kann dies mit vorübergehend zusätzlichen Antidiabetika wie DPP-4-Hemmern oder Sulfonylharnstoffen erreicht werden. Eine andere Möglichkeit besteht in der Kombination von GLP-1-RA mit Basalinsulinen, wie beispielsweise Insulin degludec plus Liraglutid (Xultrophy®) oder Insulin glargin plus Lixisenatid (Suliqua®). Das Resultat ist etwa gleich stark wie eine Basis-Bolus-Therapie, allerdings angenehmer für den Patienten, so Felix.

Diabetiker als Bus-Chauffeur

Früher hätte die Diagnose eines Typ-2-Diabetes mit der Zeit zu einem Berufsverbot für professionelle Fahrer von Personentransporten geführt. Dank der neuen Möglichkeiten bleibt den Betroffenen dieses Schicksal erspart, denn eine Therapie ohne drohende Hypoglykämien besteht heute aus SGLT-2-Hemmern, GLP-1-Rezeptor-Analoga und DPP-4-Hemmern. SGLT-2-Hemmer fördern aufgrund ihres Wirkmechanismus jedoch auch die Diurese, was bei Chauffeuren zu organisatorischen Schwierigkeiten führen könnte. Auch Patienten, die gerade knapp kontinent sind, könnten mit dieser Medikation inkontinent werden. GLP-1-RA zum Metformin wären daher für einen Chauffeur eine gute Option, 1-mal pro Woche oder täglich, je nach Präferenz des Patienten, so Felix abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Diabetes kompakt», Klinischer Fortbildungstag (KLIFO), 6. September in Bruderholz.

Referenzen:

1. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) für den Gebrauch neuer digitaler Hilfsmittel, 15.11.2017. http://sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/61_richtlinien_fachaerzte/180115_Richtlinien_Neue_Hilfsmittel_der_SGED_def.pdf
2. Zinman B et al.: Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117–2128.
3. Marso SP et al.: Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375: 311–322.
4. Marso SP et al.: Semaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375: 1834–1844.
5. Pratley RE et al.: Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6: 275–286.
6. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) 2016: Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Update 30.3.2017.
7. Fachinfo Ozempic® auf swissmedic.ch
8. Neal B et al.: Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377: 644–657.



SGED-Empfehlung
www.rosenfluh.ch/qr/sgedssed