

# Diabetes mellitus Typ 2: Kurskorrekturen dank neuerer Antidiabetika?

Bericht von einem Workshop am SGAM-Kongress 2006 Basel<sup>1</sup>

Caroline Trutmann

## Beschreibung

Thema des Workshops war die medikamentöse Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Anhand eines «typischen» Patienten (Anamnese, Hb-A<sub>1c</sub>, Blutzucker-tagesprofil) diskutierten die Teilnehmenden in kleinen Gruppen den Einfluss weiterer Variablen wie beispielsweise Alter, Kreatininwerte, Gewicht sowie medikamentöse Therapieoptionen. Metformin sollte bereits in der ersten Diabetesphase zusammen mit Lebensstilveränderungen eingesetzt werden.

Der theoretische Hintergrund, insbesondere der Glinide und Glitazone, wurde vertieft besprochen.

*Glitazone* (z.B. Actos<sup>®</sup>, Avandia<sup>®</sup>) können und sollen besonders dann verabreicht werden, wenn die Patientin oder der Patient Metformin nicht verträgt und Zeichen des metabolischen Syndroms (wie z.B. Adipositas und Insulinresistenz) aufweist. Auch eine Kombination mit Metformin oder Sulfonylharnstoffen ist möglich.

*Glinide* (Starlix<sup>®</sup>, NovoNorm<sup>®</sup>) sind vor allem in der Frühphase indiziert, wenn zuvor (und daneben!) keine Sulfonylharnstoffe gegeben wurden, wenn eine zuverlässige Einnahme (dreimal täglich vor jeder Mahlzeit) gesichert scheint und wenn vor allem die postprandialen Zuckerwerte beeinflusst werden sollen.

Die Referentin gab schliesslich einen Ausblick auf die in Kürze zu erwartenden Neuerungen auf dem Markt, worunter auch das inhalierbare Insulin fällt. Dessen Stellenwert bleibt abzuwarten, da dessen Handhabung wegen der Grösse des Inhalationsgerätes recht umständlich wirkt.

## Die wichtigsten Botschaften

■ Therapiebeeinflussend ist nicht nur der reine Hb-A<sub>1c</sub>-Wert, sondern auch der Verlauf des Tagesprofils: Ein hoher morgendlicher Nüchternblutzucker kann durch einen abendlichen Diätfehler (Cave: berufsbedingte, ausgiebige Abendessen!) bedingt sein. In diesem Fall muss anders therapiert werden, als wenn alle

Werte eines Tages erhöht sind: Würde morgens mit zu hohen Dosen therapiert, könnten in solchen Fällen die nachmittäglichen Zuckerwerte gefährlich abfallen. Besser wäre es, mit einem kurzwirksamen Insulin vor dem Essen den zu erwartenden Zuckeranstieg abzufangen oder eine kleine Dosis Bedtime-Insulin zu verordnen.

■ Glinide und Glitazone haben beide ihre gut umschriebenen und sinnvollen Indikationen, aber die primären Medikamente (bei fehlenden Kontraindikationen) sind noch immer Metformin und die Sulfonylharnstoffe.

■ Mit jedem oralen Antidiabetikum lässt sich das Hb-A<sub>1c</sub> um maximal 1 bis 1,5% senken. Um einen akzeptablen Hb-A<sub>1c</sub>-Wert von <7% zu erreichen, darf der Ausgangswert also nicht höher sein als etwa 9%. Ist eine grössere Reduktion nötig, ist der Einsatz von Insulin unabdingbar und sollte nicht durch frustrane Versuche mit diversen Kombinationen von oralen Antidiabetika hinausgezögert werden.

■ Glitazone und Glinide sind teuer.

■ Dreierkombinationen sind möglich, aber nicht immer sinnvoll, da eine Gewichtszunahme unvermeidlich, die Compliance fraglich und der Behandlungserfolg zeitlich limitiert sind. Eine Umstellung auf Insulin ist praktisch immer unvermeidlich, deshalb auch schon früher sinnvoll.

## Was ich morgen in der Praxis anders machen werde

Ich werde die Skepsis gegenüber neueren Antidiabetika etwas verlieren und sie gezielt einsetzen. Eine Dreierkombination werde ich nicht mehr durchführen, dafür häufiger ein Tagesprofil erstellen lassen, um Diätfehler aufzufassen und gezielt korrigieren zu können.

## Was ich sonst noch sagen wollte

Diabetes ist ein Thema, das man nie völlig beherrscht ...

Dr. med. Caroline Trutmann  
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH  
Oberwilerstrasse 16  
4123 Allschwil  
caroline.trutmann@bluewin.ch

<sup>1</sup> Seminar B 4, 22. September 2006. Leitung: Dr. med. Barbara Felix und Dr. med. Caroline Trutmann.