

Auch für Patienten mit Niereninsuffizienz geeignet Neuer DPP-4-Hemmer steht an zur Zulassung in der EU

LEIPZIG – Bei Typ-2-Diabetes und Niereninsuffizienz sind die Therapiemöglichkeiten begrenzt. Ein neuer DPP-4-Hemmer soll Abhilfe schaffen.

Rund 40 % der Typ-2-Diabetiker entwickeln im Laufe der Erkrankung eine Niereninsuffizienz. Dann steigt zwangsläufig das kardiovaskuläre Risiko und ebenso die Hypoglykämiegefahr.

Das Dilemma: Die Betroffenen brauchen eine optimierte Behandlung, die nicht noch Unterzuckerungen provoziert. Die Medikamente, die dies gewährleisten, aber können den Betroffenen meist nicht verordnet werden.

Denn die verschiedenen Vertreter der DPP-4-Hemmer, die den Blutzucker ohne substanzspezifisches Hypoglykämierisiko senken, sind bei Nierenfunktionsstörungen nicht empfohlen oder müssen in ihrer Dosierung angepasst werden, berichtete Professor Dr. STEPHAN MARTIN von den Katholischen Kliniken in Düsseldorf beim Diabeteskongress. Sinke die Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min, gebe es praktisch keine Option mehr, die Patienten mit oralen Antidiabetika zu behandeln.

Das könnte sich bald ändern, denn mit Linagliptin steht ein neuer DPP-4-Hemmer zur Zulassung an, der auch bei Patienten mit Niereninsuffizienz verabreicht werden kann.

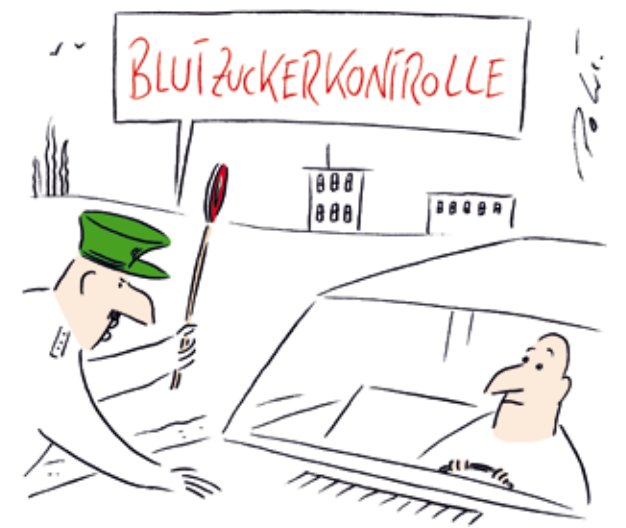
„Der Wirkstoff wird fast ausschließlich über Galle und Darm ausgeschieden und ist deshalb auch bei bekannter Niereninsuffizienz eine gute Option“, sagte der Diabetologe bei einer gemeinsamen Veranstaltung der Unternehmen Lilly und Boehringer Ingelheim.

Kein substanzspezifisches Hypoglykämierisiko

Seine gute antidiabetische Wirksamkeit hat Linagliptin in Studien bei mehr als 5000 Patienten unter Beweis gestellt: Der DPP-4-Hemmer, der im Mai bereits von der US-Behörde FDA zugelassen wurde, senkt signifikant den HbA_{1c}-Wert, den postprandialen Blutzucker und bes-

sert den HOMA*-Wert als Indikator einer verbesserten Betazellfunktion.

Linagliptin wurde laut Prof. Martin sowohl in der Monotherapie als auch in Kombination mit Metformin, Sulfonylharnstoff und einem Glitazon erprobt. Ein substanz-



spezifisches Hypoglykämierisiko wurde nicht beobachtet und die verbesserte Blutzuckereinstellung wurde ohne relevante Veränderungen des Körpergewichtes erreicht. CV
*homeostasis model assessment

Sekundärprophylaxe bei Vorhofflimmern nach Apoplex oder TIA Rivaroxaban als sichere Alternative

HAMBURG – Auch wenn Patienten mit Vorhofflimmern schon einen Schlaganfall hinter sich haben, lohnt sich eine Antikoagulation mit Rivaroxaban. Der orale Faktor-Xa-Hemmer ist nach aktuellen Daten bei solchen Patienten sicher und effektiv.

So mancher Kollege scheut laut Professor Dr. WERNER HACKE von der Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg die Antikoagulation beim Vorhofflimmern nach einem Schlaganfall oder transitorischen ischämischen Attacken (TIAs). Zu groß ist die Sorge, es könne so möglicherweise einem hämorrhagischen Insult der Weg

gebahnt werden. Allerdings ist das Risiko hierfür beim Einsatz innovativer Antikoagulanzen wie Rivaroxaban (Xarelto®) signifikant geringer als unter den routinemäßig angewandten Vitamin-K-Antagonisten. Das hat eine Subgruppenanalyse der ROCKET-AF-Studie ergeben, deren Ergebnisse Prof. Hacke bei einem Meet-the-Expert des Unternehmens Bayer Vital anlässlich der 20. European Stroke Conference erstmals präsentiert hat.

Insgesamt 55 % der Patienten in der Studie hatten bereits einen Schlaganfall oder TIAs erlebt. In dieser Hochrisikogruppe wurde die Schlaganfallrate unter Rivaroxaban genauso stark reduziert wie unter Warfarin. Auch die Gesamtblutungsrate war in den untersuchten

Gruppen ähnlich. „Vorteile bietet Rivaroxaban aber hinsichtlich der gefürchteten intrakraniellen Blutungen“, erläuterte Prof. Hacke in Hamburg.

So traten unter dem Faktor-Xa-Hemmer 0,59 intrakranielle Blutungen pro 100 Patientenjahre auf, unter Warfarin jedoch 0,80/100 Patientenjahre. „Der Unterschied ist statistisch signifikant“, betonte der Neurologe. Die Daten belegen nach seinen Worten, dass Rivaroxaban nicht nur bei der Primär-, sondern auch bei der Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls bei Patienten mit Vorhofflimmern eine Alternative zu den bisher üblichen Vitamin-K-Antagonisten darstellt. Allerdings ist die Substanz in diesen Indikationen noch nicht zugelassen. CV

Koronarkranke zum Sport schicken, aber gut vorbereitet Mit Nitrospray turnt es sich leichter

BERLIN – Herz- und Gefäßsport wird sträflich vernachlässigt: Nur 6 % aller geeigneten Patienten trainieren regelmäßig – wohl auch, weil sie die Erfahrung haben, dass sie schnell an ihre Belastungsgrenze kommen. Nitro hebt diese Schwelle und fördert so den Erfolg.

Herz- und Gefäßtraining kann nachweislich Morbidität und Mortalität bei stabiler KHK senken und braucht sich hinter den Interventionen und der Pharmakotherapie nicht zu verstecken. Der potente Vasodilatator NO spielt dabei eine Schlüsselrolle, erklärte Privatdozent Dr. IVO BUSCHMANN von der Cha-

rité in Berlin bei einem Symposium des Unternehmens Pohl-Boskamp anlässlich der 38. Jahrestagung der DGPR*. Bei intaktem Endothel wird genug NO produziert, um die Perfusion dem Bedarf anzupassen. Ist das Endothel dagegen geschädigt, wird zu wenig NO bereitgestellt. Ein Teufelskreis, denn regelmäßiges Training würde die Endothelfunktion verbessern.

Höhere Belastbarkeit für eine halbe Stunde

Um Patienten mit reduzierter Belastbarkeit das Training zu ermöglichen, bietet es sich an, direkt vor Sportbeginn ein kurz wirksames Nitroglycerin (z.B. Nitrolingual® akut Spray) zu verabreichen. Das

erhöht die Belastbarkeit für 20 bis 30 Minuten, sodass ein effektiveres Training möglich wird. Aus Tierversuchen gibt es außerdem Hinweise, dass NO die Bildung von Kollateralen fördert.

In einer placebokontrollierten Doppelblindstudie soll jetzt der Einsatz von Nitro in der Sporttherapie systematisch untersucht werden, berichtete Professor Dr. CHRISTIAN HOLUBARSCH vom Park-Klinikum Bad Krozingen. Geprüft werden soll, ob sich mit dem Spray eine bessere Anhebung der Angina-pectoris-Schwelle erreichen und die Zeit bis zur ST-Senkung um 1 mm verlängern lässt. ara

*Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen

Daten von fast 100 000 Versicherten: Die Therapietreue ist mit Sartan am besten

INGELHEIM – ACE-Hemmer, Sartan, Betablocker, Ca-Antagonist, Thiazid – den Blutdruck senken sie alle. Aber werden sie auch genommen und wenn, dann auch auf Dauer?

Antihypertensiva schneiden in Hinblick auf die Adhärenz und die Persistenz sehr unterschiedlich ab. Das ergab eine Beobachtungsstudie mit 99 950 Versicherten der Gmünder Ersatzkasse, heißt es in einer Mitteilung des Unternehmens Boehringer Ingelheim. Die Patienten wurden nach der Einstellung auf eine neue

inaktiv und 85 % der Typ-2-Diabetiker sind übergewichtig.

Viele Diabetiker fühlen sich durch ein Nachlassen der Sehkraft beeinträchtigt, andere empfinden festgelegte Essenszeiten, den Verlust sozialer Kontakte oder eingeschränkte Reisemöglichkeiten als Beeinträchtigung. Fünf von sechs Befragten kennen das Risiko für Folgeerkrankungen, wobei die Furcht vor Augenerkrankungen an erster Stelle steht.

Dennoch gehen viele nicht regelmäßig zu Kontrollen, berichtete der in Biberach niedergelassene Diabetologe Dr. CORD SKAMIRA. Die Patienten sollten nicht nur regelmäßig den Hausarzt und/oder Diabetologen konsultieren, sondern auch den Augenarzt, damit eine Retinopathie oder ein diabetisches Makulaödem (DMÖ) möglichst früh erkannt wird. Gegebenenfalls kann dann ein DMÖ mit dem VEGF-Inhibitor Ranibizumab (Lucentis®) kausal therapiert werden. AW

*Diabetes: Der eigenverantwortliche Mensch

antihypertensive Monotherapie bis zu vier Jahre beobachtet.

Nach einem Jahr waren unter AT₁-Blockern 46,7 % der Teilnehmer persistent, bei Kalziumantagonisten 34,5 %, mit ACE-Hemmern 32,5 %, unter einem Thiaziddiuretikum 18,6 % und bei Betablockern gerade noch 10,0 %. Auch die Adhärenz war nach einem Jahr bei den mit einem Sartan Behandelten am höchsten (56,8 %). Es folgen Ca-Antagonist (45,5 %), ACE-Hemmer (39,2 %), Thiazid (21,8 %) und Betablocker (9,6 %). Die Reihenfolge blieb über die vier Jahre dauernde Beobachtungszeit unverändert. mt