

universum InnereMedizin

03 | 19

SCHAUPLÄTZE DER MEDIZIN

ECCO-Kongress, März 2019, Kopenhagen
GTH-Kongress, März 2019, Berlin



2 PUNKTE

Innere Medizin Compact
Thema → Lunge
ab Seite 92

Infektiologie

Antibiotika – die
verflixten „10 Tage“

Rheumatologie

Nanopartikel
bremsen Arthritis

20 Jahre Diabetologie

**Innovative Therapien
vs. steigende Inzidenz**



MedMedia
Verlag und
Mediaservice GmbH
Part of the Medical
Opinion Network



Österreichische Gesellschaft
für Innere Medizin

Insulin bei Typ-2-Diabetes:

Basalinsulintherapie gewinnt an Bedeutung

Das aktuelle Konsensus-Statement der American Diabetes Association (ADA) und der European Association for the Study of Diabetes (EASD) bringt zahlreiche Neuerungen – unter anderem eine Reihung bei den Injektionstherapien: zuerst GLP-1-Rezeptoragonisten – danach Insulin. Der Beginn der Insulintherapie sollte mit einem Basalinsulin durchgeführt werden.¹ Ultralangwirksame Basalinsuline wie Insulin degludec zeigen in der Praxis zahlreiche Vorteile. Redaktion: Dr. Christian Tatschl

In dieser Interview-Reihe beleuchtet UNIVERSUM INNERE MEDIZIN den hohen Stellenwert, den Insulin trotz der Vielzahl moderner Antidiabetika bei Typ-2-Diabetes noch immer hat, und zeigt auf, wie Behandler und Patienten von modernen Zugängen zur Insulintherapie profitieren können. Im aktuellen Gespräch erklärt Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Florian Kiefer, wann eine Insulintherapie indiziert ist und welche Patienten vor allem von einer Behandlung mit modernen ultralangwirksamen Basalinsulinen profitieren.

FOTO: MEDUNIWIEN/MATERN



Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Florian Kiefer, PhD
Abteilung für Endokrinologie & Stoffwechsel,
Universitätsklinik für Innere Medizin,
Medizinische Universität Wien

UNIVERSUM INNERE MEDIZIN: Herr Prof. Kiefer, im neuen ADA/EASD-Konsensus-Statement hat sich die Position von Insulin im Management des Typ-2-Diabetes verändert. In der Zusammenschau der verfügbaren Evidenz zu unterschiedlichen Medikamentenklassen: Wo liegt aktuell der Stellenwert von Insulin in der Behandlung des Typ-2-Diabetes, und wann soll es zum Einsatz kommen?

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Florian Kiefer: Durch diese Guidelines haben wir erstmals eine Reihung für die injektiblen Therapien bekommen, und zwar dahingehend, dass die GLP-1-Analoga als primär injizierbare Medikamente anzuwenden sind und erst in weiterer Folge die Basalinsulintherapie in die Behandlung implementiert werden sollte. Das ergibt natürlich vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Outcome-Studien mit GLP-1-Rezeptoragonisten, insbesondere für Liraglutid – und, noch zu erwarten: für Dulaglutid – sehr viel Sinn. Dennoch ist anzumerken, dass die Behandlung mit Basalinsulin eine Therapie darstellt, die auch in unseren Breiten leider viel zu spät begonnen wird.

Wann ist es also in der Praxis indiziert, mit einer Basalinsulintherapie zu beginnen?

Das kann von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Man sollte aber spätestens dann an eine Insulintherapie denken, wenn trotz oraler Kombinationstherapie der individuelle Zielbereich nicht zu erreichen oder aufrechtzuerhalten ist, insbesondere dann, wenn bereits ein GLP-1-Analagon Teil des Therapieregimes ist. In der Realität erhalten viele Patienten erst ab einem HbA_{1c} von ca. 9 % Insulin, selbst wenn orale Therapiemöglichkeiten längst ausgeschöpft sind – das ist definitiv zu spät.

Wie beginnen Sie persönlich mit der Insulintherapie?

Ich beginne, wann immer möglich, mit einer Basalinsulintherapie – entweder als basalunterstützte orale Therapie (BOT) oder zusätzlich

zu einem GLP-1-Analagon. Durch die Einführung neuer Substanzen wie SGLT-2-Hemmer oder GLP-1-Rezeptoragonisten hat die Basalinsulintherapie deutlich an Stellenwert gewonnen. Durch Kombination mit diesen Substanzen können heute Patienten mit einem Basalinsulin wesentlich länger im Zielbereich gehalten werden, auch solche, bei denen man in der Vergangenheit nur mit Mischinsulin oder einer konventionell intensivierten Insulintherapie das Auslangen finden konnte.

Die neueste Generation der Basalinsuline wurde vor allem anhand von drei Kriterien entwickelt: lange Wirkdauer, geringe Tag-zu-Tag-Variabilität und Verringerung des Hypoglykämierisikos. Wie wirken sich diese Effekte tatsächlich in der täglichen Praxis aus?

Wenn wir Patienten von älteren Analoga oder NPH-Insulin ambulant oder stationär auf ein ultralangwirksames Basalinsulin umstellen, sehen wir schon sehr deutlich, dass zuvor bestehende nächtliche oder frühmorgendliche Hypoglykämien stark zurückgehen bzw. meist gänzlich verschwinden. Darüber hinaus haben wir auch zahlreiche Patienten, welche die älteren Basalinsuline zweimal am Tag spritzen müssen, weil die Wirkdauer bei einmal täglicher Gabe nicht ausreicht. Wenn die Patienten dann nur noch einmal spritzen müssen, stellt das ebenfalls eine erhebliche Erleichterung für die Betroffenen dar. Durch den vermehrten Einsatz der neuen Glukosemessensoren sehen wir, dass die Patienten unter den neuen Basalinsulinen wesentlich glattere Blutzuckerprofile aufweisen. Dies erleichtert einerseits die Behandlung, gibt dem Patienten aber andererseits auch Sicherheit und erhöht so die Lebensqualität. Weiters zeigen die Daten der DEVOTE-Studie, dass – wenn auch kein definitiver Beweis für Kausalität – eine höhere glykämische Tag-zu-Tag-Variabilität mit einem höheren Risiko für schwere Hypoglykämien und Gesamtmortalität assoziiert ist.^{2,3}

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der ultralangwirksamen Basalinsuline erlaubt gerade bei Insulin degludec eine wesentlich höhere Flexibilität bezüglich des Injektionszeitpunktes. Marketing oder klinisch relevant?

Definitiv klinisch relevant – und zwar in vielen Situationen: Die hohe Flexibilität kommt Patienten sehr zugute, die dazu neigen, ihre Insulininjektion zu vergessen und ihre Dosis dann zu einem späteren Zeitpunkt ohne Nachteil spritzen können. Weitere Beispiele sind Menschen, die beruflich sehr engagiert sind und oft unregelmäßige Arbeitszeiten haben, Patienten mit von Tag zu Tag unterschiedlichen Schlafenszeiten oder Personen, die häufig in unterschiedlichen Zeitzeonen unterwegs sind. Auch in der Betreuung von Patienten im Rahmen der mobilen Hauskrankenpflege ist dies sicherlich ein Vorteil. ■

¹ Davies MJ et al., Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2018; 41:2669–2701
² Pieber TR et al., DEVOTE 3: temporal relationships between severe hypoglycaemia, cardiovascular outcomes and mortality. *Diabetologia* 2018; 61:58–65
³ Zinman B et al., Day-to-day fasting glycaemic variability in DEVOTE: associations with severe hypoglycaemia and cardiovascular outcomes (DEVOTE 2). *Diabetologia* 2018; 61:48–57