

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Interview: Kardiovaskuläre Risikoreduktion bei Typ-2-Diabetes

Leitner H

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2019; 26
(3-4), 92-94

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Kardiovaskuläre Risikoreduktion bei Typ-2-Diabetes

H. Leitner

Univ.-Prof. Dr. Alexander Niessner im Gespräch über neue Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften zur Behandlung von Patienten mit Typ-2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen, die Wirksamkeit der neuen antidiabetischen Substanzklassen der GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT-2-Inhibitoren sowie die Rolle der Kardiologie in der Behandlung dieser Patienten.

Im Herbst vergangenen Jahres wurde ein Konsensus-Statement der amerikanischen und europäischen Diabetes-Gesellschaften ADA und EASD publiziert, in denen ein therapeutisches Vorgehen empfohlen wird, das die individuellen Charakteristika der Patienten in den Mittelpunkt stellt [1]. Welche Kriterien stehen dabei im Fokus?

Prof. Niessner: Zentral in diesen Empfehlungen ist ein Flowchart, das beschreibt, wie mit diesen Patienten umgegangen werden soll.

Der erste Schritt für alle Patienten mit Typ-2-Diabetes sind Lebensstilveränderungen und in weiterer Folge die Behandlung mit Metformin, da es einerseits bewährt und andererseits kostengünstig ist. Ist das nicht ausreichend, ist für Patienten mit kardiovaskulärer

Erkrankung eine Therapie vorgesehen, die in Studien bewiesen hat, dass sie kardiovaskuläre Endpunkte reduziert. Aber auch für alle anderen Patienten gilt, dass die Reduktion des kardiovaskulären Risikos bzw. die Senkung des Risikos für Herzinsuffizienz durch die antidiabetische Therapie ein Auswahlkriterium ist.

Wie sieht das Management von Patienten mit Typ-2-Diabetes und manifester atherosklerotischer Erkrankung gemäß den neuen Empfehlungen aus?

Prof. Niessner: Bleibt bei der Erstlinientherapie der gewünschte Effekt aus, ist das wichtigste Entscheidungskriterium aus kardiologischer Sicht, ob eine etablierte kardiovaskuläre Erkrankung vorliegt. Lebensstilmodifikation und Metformin sind die ersten therapeutischen Schritte, gefolgt vom Einsatz einer der

beiden neuen Substanzklassen, die in Endpunktstudien bewiesen haben, dass diese kardiovaskuläre Ereignisse reduzieren. Das sind einerseits GLP-1-Rezeptoragonisten, und hier insbesondere Liraglutid, für das in der LEADER-Studie eine Reduktion kardiovaskulärer Endpunkte nachgewiesen werden konnte, und andererseits SGLT-2-Inhibitoren mit dem Vertreter Empagliflozin, dessen kardiovaskulärer Benefit in der EMPA-REG-OUTCOME-Studie gezeigt wurde.

Gleichzeitig mit dem ADA/EASD-Konsensus-Statement hat auch das American College of Cardiology (ACC) ein Konsensus-Statement bezüglich neuer Strategien in der Therapie von Patienten mit Typ-2-Diabetes und atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen herausgegeben [2]. Warum wird dem Thema Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankung aktuell derart große Aufmerksamkeit gewidmet?

Prof. Niessner: Knapp vor Publikation des ADA/EASD-Statements hat die

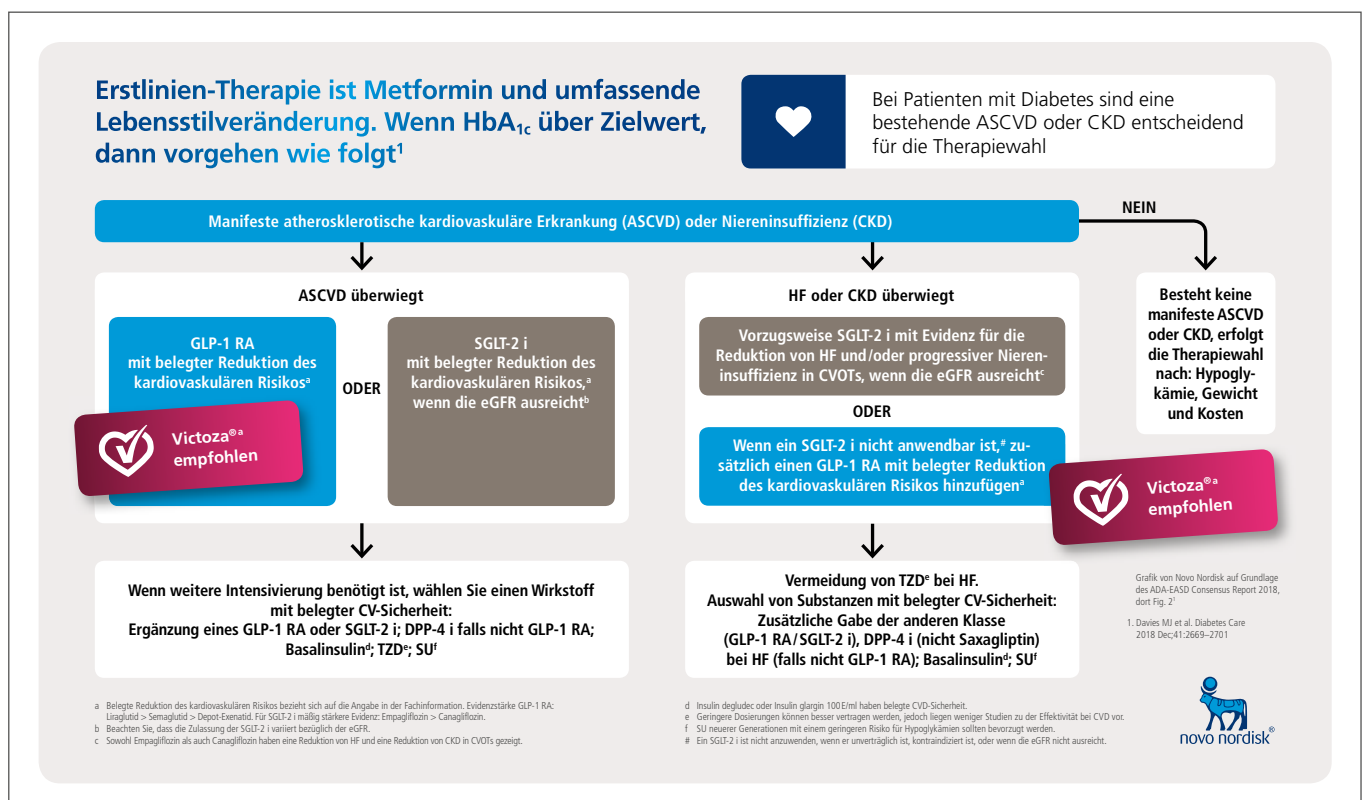


Abbildung 1: Therapeutisches Vorgehen bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und manifester kardiovaskulärer Erkrankung.

European Society of Cardiology (ESC) ein Positionspapier herausgegeben, das in den wesentlichen Punkten mit den ADA/EASD- und ACC-Empfehlungen deckungsgleich ist. Dies ist von großer Bedeutung, da Diabetes-Patienten für uns Kardiologen immer Problempatienten waren. Sie haben sehr hohe Ereignis- und Komplikationsraten. Wir konnten zwar viele Parameter wie Cholesterin oder Blutdruck gut kontrollieren, hatten allerdings keine spezifische Therapieempfehlung, um das Risiko von Diabetespatienten, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, zu reduzieren. LEADER [3] und EMPA-REG [4] waren Studien, die primär die kardiovaskuläre Sicherheit dieser antidiabetischen Substanzen zeigen sollten. Die Überraschung und Freude war groß, als eine tatsächliche Reduktion des kardiovaskulären Risikos bewiesen werden konnte. Somit haben wir erstmals die Möglichkeit, das kardiovaskuläre Risiko neben den etablierten Behandlungen mit Cholesterinsenkern, Plättchenaggregationshemmern oder Antihypertensiva durch eine antidiabetische Therapie zu senken.

Im ACC-Konsensus-Statement werden Liraglutid und Empagliflozin als bevorzugte Substanzen, hinsichtlich signifikanter kardiovaskulärer Risikoreduktion, beschrieben. Können Sie bitte kurz die Evidenz zusammenfassen?

Prof. Niessner: Bei beiden Substanzen, Liraglutid und Empagliflozin, ist die Frage, ob es sich jeweils um einen Klasseneffekt handelt. Aus meiner Sicht ist bei den SGLT-2-Inhibitoren das Empagliflozin das Mittel der Wahl, da es als einziges den Triple-Endpunkt bestehend aus Myokardinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulärer Mortalität bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und etablierter kardiovaskulärer Erkrankung signifikant reduziert hat, ohne gleichzeitigen

Anstieg schwerer vaskulärer Nebenwirkungen.

Auch bei den GLP-1-Rezeptoragonisten ist eher nicht von einem Klasseneffekt auszugehen. So zeigte die LEADER-Studie, in der die kardiovaskuläre Sicherheit von Liraglutid evaluiert wurde, eine signifikante Senkung des Risikos des zusammengesetzten Endpunktes für Myokardinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulären Tod. Nicht alle GLP-1-Rezeptoragonisten konnten dies bisher zeigen.

Wie unterscheidet sich das therapeutische Vorgehen bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder chronischer Niereninsuffizienz zu jenem bei atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung?

Prof. Niessner: Einen günstigen Einfluss auf Herzinsuffizienz haben sowohl GLP-1-Rezeptoragonisten als auch SGLT-2-Inhibitoren. In der klinischen Praxis setzen wir Liraglutid vor allem ein, wenn wir eine starke HbA_{1c}-Senkung benötigen. Im Gegensatz zu SGLT-2-Inhibitoren kann Liraglutid auch bei einer schwer eingeschränkten Nierenfunktion gegeben werden. Bezüglich SGLT-2-Inhibitoren haben wir Hinweise darauf, dass sie möglicherweise besonders günstig bei Diabetespatienten mit Herzinsuffizienz sind. Die diuretische Wirkung spielt dabei eine Rolle.

Welche Bedeutung haben diese neuen Empfehlungen und die Datenlage für den Kardiologen, der in der Regel nicht die Blutzuckereinstellung der Patienten vornimmt?

Prof. Niessner: Wir machen gerade einen großen Lernprozess durch. Insbesondere das ACC-Statement betont, wie wichtig Diabetes als kardiovaskulärer Risikofaktor ist und wie wichtig eine gute Einstellung ist. Das bedeutet allerdings nicht nur, einen niedrigen HbA_{1c} zu haben,

sondern eine Therapie anzuwenden, die auch die kardiovaskuläre Ereignisrate senkt. Die gute HbA_{1c}-Einstellung ist zwar wichtig für die Verhinderung mikrovaskulärer Komplikationen, aber nicht unbedingt für makrovaskuläre Ereignisse wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall. Dieses Wissen, und das war das Ziel des ACC-Statements, sollte auch der kardiologischen Community verstärkt ins Bewusstsein gebracht werden. Kardiologen sollen nicht mehr nur registrieren, wenn ein Patient Diabetes hat, sondern sie sollen aktiv nachforschen, ob ein Diabetes zusätzlich zur kardialen Erkrankung vorliegt und gegebenenfalls eine Therapie einleiten. Selbstverständlich arbeiten wir eng mit den endokrinologischen Kollegen zusammen, es ist aber wichtig, dass der Kardiologe mit den ersten Schritten der Therapie wie Metformin oder den neuen antidiabetischen Substanzen beginnt. Bei komplexeren Therapien wie Triple-Therapien oder Insulin greifen wir gerne auf die Erfahrung der Endokrinologen zurück.

Danke für das Gespräch.

Literatur:

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: 2669–701.
2. Das SR, et al. 2018 ACC Expert Consensus decision pathway on novel therapies for cardiovascular risk reduction in patients with type 2 diabetes and atherosclerotic cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology Task Force on Expert Consensus Decision Pathways. *J Am Coll Cardiol* 2018; 72: 3200–23.
3. Marso SP, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375: 311–22.
4. Zinman B, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 26: 2117–28.

Fachkurzinformation untenstehend

Korrespondenzadresse:

Mag. Harald Leitner

E-Mail: hl@teamword.at

Fachkurzinformation zu obenstehendem Text und zum Insertat auf Seite 93

Victoza® 6 mg/ml Injektionslösung in einem Fertigpen. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 ml Lösung enthält 6 mg Liraglutid*. 1 Fertigpen enthält 18 mg Liraglutid in 3 ml. * Analogon zu humanem Glucagon-like peptide-1 (GLP-1), gentechnisch hergestellt durch rekombinante DNS-Technologie in *Saccharomyces cerevisiae*. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Propylenglycol, Phenol, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Victoza® wird zur Behandlung des unzureichend kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 bei Erwachsenen als Zusatz zu Diät und körperlicher Aktivität angewendet: - als Monotherapie, wenn die Anwendung von Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation ungeeignet ist. - zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung des Diabetes mellitus. Für Studienergebnisse hinsichtlich Kombinationen, Auswirkungen auf die glykämische Kontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse, sowie untersuchten Populationen, siehe Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antidiabetika, Glucagon-like-Peptid-1-(GLP-1) Rezeptoragonisten. **ATC-Code:** A10BJ02 **Inhaber der Zulassung:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Dänemark. Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 07/2017

Weitere Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Adresse: Novo Nordisk Pharma GmbH, DC Tower, Donau-City-Straße 7, 1220 Wien. Tel.: 01/405 15 01-0

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung