

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

Editorial: Antidiabetische Medikation von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung: Update 2019

Niessner A, Koller L

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2019; 26

(7-8), 173-174

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

Veranstungskalender

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

Antidiabetische Medikation von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung: Update 2019

L. Koller, A. Niessner



Assoc.-Prof. PD
Dr. Alexander Niessner
© feel image/Matern



Dr. Lorenz Koller
© privat

■ Einleitung

Mehrere SGLT2-Inhibitoren und GLP1-Rezeptor-Agonisten (RA) haben in großen randomisierten Studien einen kardiovaskulären Benefit gezeigt und sollen daher entsprechend europäischer und amerikanischer Richtlinien insbesondere bei Patienten mit etablierter kardiovaskulärer Erkrankung und Diabetes bevorzugt als Zweit-Linien-Therapie eingesetzt werden, wenn mit Metformin keine ausreichende glykämische Kontrolle erzielt wird. Nach einer Publikation zu diesem Thema im *Journal für Kardiologie* im Jahr 2018 erfolgt hier ein Update, basierend auf den hierzu zwischenzeitlich erschienenen Studien. Einerseits erfolgt eine kritische Auseinandersetzung, ob es Evidenz für einen Klasseneffekt bei SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA gibt. Andererseits werden die relevanten Faktoren bei der Entscheidung für eine der beiden Klassen in der klinischen Praxis zusammengefasst.

■ SGLT2-Inhibitoren

Primärer Endpunkt und (kardiovaskuläre) Mortalität sprechen für eine präferentielle Verwendung von Empagliflozin. Gegen Canagliflozin spricht ein relevanter Anstieg der Amputationsrate in der Zulassungsstudie. Bei einem Vergleichspräparat mit zumindest gleichem kardiovaskulären Benefit bleibt Canagliflozin daher zweite Wahl. Die Reduktion von Herzinsuffizienzhospitalisierung scheint

ein Klasseneffekt zu sein und spricht daher insbesondere auch für die Verwendung von Dapagliflozin, obwohl dieses den primären kardiovaskulären Endpunkt und die Mortalität in einer Kohorte mit einem relevanten Anteil von Patienten in kardiovaskulärer Primärprävention nicht signifikant reduziert hat. Als weiterer Klasseneffekt zeigte sich eine konsistente Reduktion renaler Endpunkte und somit ein nephroprotektiver Effekt dieser Substanzklasse.

■ GLP1-Rezeptor-Agonisten

Bei den GLP1-RA-Inhibitoren haben Liraglutid, Semaglutid sowie Dulaglutid eine Reduktion des primären kardiovaskulären Endpunktes gezeigt. Auch das sich nicht am Markt befindliche Albiglutid zeigte eine signifikante Reduktion des primären kardiovaskulären Endpunktes. Während Exenatid lediglich eine grenzwertige Reduktion des primären Endpunktes erreichen konnte, zeigte das kürzer wirksame Lixisenatid keine Reduktion. Das oral verabreichte Semaglutid erreicht in einer kleineren Kohorte zwar keine signifikante Reduktion, die relative Risikoreduktion war allerdings vergleichbar. Ein Klasseneffekt hinsichtlich der Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse scheint hier für die länger wirksamen GLP1-RA wahrscheinlich, bei den sekundären Endpunkten zeigt sich jedoch ein heterogenes Bild. So wurde die Gesamtmortalität lediglich mit Liraglutid, Exenatid und oralem Semaglutid

Tabelle 1: Relative Risikoreduktion verschiedener Endpunkte mit SGLT2-Inhibitoren und GLP1-Rezeptor-Agonisten

Studie	Substanz	3-MACE	Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz	Kardiovaskuläre Mortalität	Gesamtmortalität	
SGLT2-Inhibitoren	EMPA-REG OUTCOME	Empagliflozin	-14 %	-35 %	-38 %	-32 %
	CANVAS-Programm	Canagliflozin	-14 %	-33 %	n. s.	n. s.
	DECLARE-TIMI 58	Dapagliflozin	n. s.	-27 %	n. s.	n. s.
GLP1-Rezeptor-Agonisten	LEADER	Liraglutid	-13 %	n. s.	-22 %	-15 %
	SUSTAIN-6	Semaglutid	-26 %	n. s.	n. s.	n. s.
	EXSCEL	Exenatid	n. s.	n. s.	n. s.	-14 %
	ELIXA	Lixisenatid	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
	Harmony Outcomes	Albiglutid	-22 %	nicht berichtet	n. s.	n. s.
	REWIND	Dulaglutid	-12 %	n. s.	n. s.	n. s.
	PIONEER 6	Orales Semaglutid	n. s.	n. s.	-51 %	-49 %

signifikant reduziert, Dulaglutid zeigte eine grenzwertige Reduktion der Mortalität. Bei fehlenden Head-to-head-Vergleichen ist bei Substanzen mit einer signifikanten Reduktion des primären Endpunktes und/oder der Mortalität für die klinische Praxis keine eindeutige Präferenz abzuleiten.

■ Auswahl in der klinischen Praxis

Nach Metformin sollen primär SGLT2-Inhibitoren und GLP1-RA bei Patienten mit etablierter kardiovaskulärer Erkrankung und Typ-2-Diabetes verwendet werden.

Für die Wahl eines SGLT2-Inhibitors spricht ein erhöhtes Risiko für eine HI-Hospitalisierung z. B. bei erhöhtem BNP. Positiv ist auch die blutdrucksenkende Wirkung zu erwähnen, sowie der oben genannte nephroprotektive Effekt. Die einfache orale Anwendung des Medikaments ist ein weiterer Pluspunkt. Zu achten ist auf die seltene, jedoch schwerwiegende Nebenwirkung einer diabetischen Ketoazidose (z. B. nach Operationen oder bei Insulinmangel), genitalen Infekten sowie Exsikkose, insbesondere bei älteren Patienten. Auszuschließen ist das Vorliegen eines LADAs (latent autoimmuner Diabetes im Erwachsenenalter). Hürden in der klinischen Praxis sind die eingeschränkte Verschreibbarkeit mit einem $HbA_{1c} < 7\%$ und einer $eGFR < 60$ ml/min. Sowohl SGLT2-Inhibitoren als auch GLP1-RA führen zu einer Gewichtsreduktion, wobei diese bei letzteren konsistenter zu sein scheint.

Für die Wahl eines GLP1-RA spricht die ausgeprägte Reduktion des HbA_{1c} . Vorsicht geboten ist bei Vorerkrankungen der Gallenwege. Eine typische

Nebenwirkung sind gastrointestinale Beschwerden. Hürden in der klinischen Praxis sind z. B. für Liraglutid die Notwendigkeit eines $BMI > 30$ sowie eines $HbA_{1c} > 8\%$. Liraglutid ist nur bis zu einer $eGFR$ von 30 ml/min verschreibbar. Eine gleichzeitige Verschreibung von einem GLP1-RA mit einem DPP4-Inhibitor scheint nicht sinnvoll.

Für eine weitere Optimierung der Pharmakotherapie der Hochrisikogruppe von Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung und Diabetes sind SGLT2-Inhibitoren sowie GLP1-RA neben der Verwendung von Plättchenaggregationshemmern, Cholesterinsenkern und Blutdruckmitteln essentiell. Auch eine Kombination beider Substanzklassen bei unzureichender glykämischer Kontrolle ist bei Hochrisikopatienten durchaus empfehlenswert. Für eine breitere Anwendbarkeit sind in Zukunft eine liberalere Verschreibemöglichkeit sowie die Anwendung von SGLT2-Inhibitoren bis zu einer $eGFR$ von 30 ml/min wichtig.

Literatur: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

*Assoc.-Prof. PD Dr. Alexander Niessner, MSc, FESC
Klinische Abteilung für Kardiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin II
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: alexander.niessner@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)