

09. Dezember 2019

Typ-2-Diabetes: Aktualisierte Leitlinie empfiehlt Liraglutid

Dass kardiovaskuläre Begleiterkrankungen eine immer wichtigere Rolle bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes einnehmen, untermauern die aktualisierten Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC), die beim diesjährigen ESC-Kongress in Paris vorgestellt wurden. Die in Kooperation mit der European Association for the Study of Diabetes (EASD) entwickelten Leitlinien stellen Antidiabetika mit erwiesener kardiovaskulärer Risikoreduktion ins Zentrum der Therapie bei Typ-2-Diabetes (1). Danach sollte unabhängig von der bestehenden Medikation bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen (ASCVD) oder hohem/sehr hohem kardiovaskulärem Risiko u.a. der Einsatz von GLP-1 Rezeptoragonisten (RA) mit bestätigter kardiovaskulärer Risikoreduktion begonnen werden (1). Wie die Leitlinienempfehlungen des ESC künftig in das Therapiemanagement bei Typ-2-Diabetes einfließen und welche Rolle GLP-1 RA wie Liraglutid (Victoza[®]) dabei spielen, erläuterten Dr. Anselm K. Gitt, Ludwigshafen, und Dr. Thomas Jax, Schwalmtal, bei einer Presseveranstaltung von Novo Nordisk in Paris.

Leitlinienempfehlung

„In den letzten 5-6 Jahren haben die Ergebnisse kardiovaskulärer Endpunktstudien (CVOT) (1) zu einem Wandel in der Therapie des Typ-2-Diabetes geführt. Dass einige dieser Studien nicht nur kardiovaskuläre Sicherheit gezeigt haben, sondern für die SGLT-2 Inhibitoren und GLP-1 RA sogar eine deutliche kardiovaskuläre Prognoseverbesserung bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko belegen konnten, hat niemand erwartet“, stellte Jax fest. Diese Entwicklung trägt nun auch die ESC Rechnung und berücksichtigt erstmals diese CVOTs in seiner Leitlinie, die bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und ASCVD oder hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko u.a. den Einsatz von GLP-1 RA mit bestätigter kardiovaskulärer Risikoreduktion als Add-On Therapie bei mit Metformin vortherapierten Patienten empfiehlt (1). Der GLP-1 RA Liraglutid wird zudem bei Typ-2-Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankung (CVD) bzw. hohem/sehr hohem kardiovaskulären Risiko explizit empfohlen, um kardiovaskuläre Ereignisse zu reduzieren. Als einziger GLP-1 RA ist Liraglutid zusätzlich in derselben Patientengruppe empfohlen, um das Mortalitätsrisiko zu senken (1).

„Mit den neuen Leitlinien liegt jetzt eine klare Handlungsempfehlung für die Therapie von Patienten mit Typ-2-Diabetes und ASCVD vor“, betonte Gitt. „Die initiale Bestimmung des kardiovaskulären Status rückt vaskuläre Komorbiditäten ins Zentrum der Behandlung und macht deutlich: Für das Ziel einer langfristigen Prognoseverbesserung ist neben der Senkung glykämischer Parameter der rechtzeitige Einsatz der Substanzen mit nachweislicher kardiovaskulärer Risikosenkung entscheidend.“

Liraglutid senkte Rate an kardiovaskulären und renalen Ereignissen

Der GLP-1 RA Liraglutid reduzierte im Vergleich zu Placebo in der LEADER Studie das Auftreten von schweren kardiovaskulären Ereignissen (major adverse cardiovascular events, MACE) bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko überlegen (3). Zusätzlich konnte das Risiko für kardiovaskulären Tod signifikant gesenkt werden (2). Eine Reduktion von MACE unter Liraglutid zeigte sich auch in einer skandinavischen Registerstudie im Vergleich zu DPP-IV Inhibitoren (4).

Ergänzend bestätigte jetzt eine im August veröffentlichte Metaanalyse zur Wirkung von GLP-1 RA auf mikro- und makrovaskuläre Komponenten, dass GLP-1 RA neben kardiovaskulären Ereignissen auch renale Ereignisse nachweislich reduzieren (5). Im Vergleich zu Placebo war unter den GLP-1 RA das Risiko für MACE relativ um 12% sowie das Risiko für den kombinierten renalen Endpunkt um 17% verringert (5).

„Jetzt kommt es darauf an, dass die Leitlinien nicht nur auf dem Papier bleiben, sondern Einzug in die Praxis halten. Im Sinne einer multifaktoriellen Therapiestrategie ist dabei ein fachübergreifender Austausch wichtig“, resümierte Jax.

Quelle: NovoNordisk

Literatur:

(1) Cosentino F et al. *European Heart Journal* 2019; 00:1-69. DOI:10.1093/eurheartj/ehz486.

(2) Marso SP et al. *N Engl J Med* 2016; 375: 311-322.

(3) Fachinformation Victoza®, aktueller Stand.

(4) Svanström H et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7: 106-114.

(5) Kristensen SL et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019 Aug 14. pii: S2213-8587(19)30249-9. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30249-9.