

Möglichkeiten und Grenzen der Diabetestherapie bei kardiovaskulären Erkrankungen



Monika Kellerer
 Marienhospital Stuttgart
 Ärztliche Direktorin
 Zentrum für Innere Medizin I

Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

Tabelle A. 2: Allgemeine Behandlungs- und Betreuungsziele bei Menschen mit Typ-2-Diabetes

Es können folgende Behandlungs- und Therapieziele unterschieden werden, die von Alter und Begleiterkrankungen abhängen:

- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Lebensqualität
- Kompetenzsteigerung (Empowerment) der Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung
- Verminderung eines Krankheitsstigmas
- Behandlungszufriedenheit
- Förderung der Therapieadhärenz
- Reduktion des Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Folgekomplikationen
- Vermeidung und Behandlung mikrovasculärer Folgekomplikationen (Erblindung, Dialyse, Neuropathie)
- Vermeidung und Behandlung des diabetischen Fußsyndroms
- Vermeidung und Behandlung von Symptomen durch die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung
- Behandlung und Besserung von Begleitkrankheiten
- Minimierung der Nebenwirkungen der Therapie und der Belastungen des Patienten durch die Therapie (Medikalisierung)
- Reduktion von Morbidität und Mortalität

www.versorgungsleitlinien.de

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 1 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Änderung der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation)

Vom 21. Januar 2016

1.3.1 Therapieziele

Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Patienten oder des Patienten folgende individuelle Therapieziele anzustreben:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechseleinstellungen.
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität.
- Vermeidung der mikrovasculären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierensatztherapie).
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 2



www.versorgungsleitlinien.de



European Heart Journal (2016) 37, 2019–2028
 doi:10.1093/eurheartj/ehw072

ESC/EAS GUIDELINES

2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Table 26 Recommendations for the treatment of dyslipidaemia in diabetes

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
In all patients with type 1 diabetes and in the presence of microalbuminuria and/or renal disease, LDL-C lowering (at least 50%) with statins as the first choice is recommended irrespective of the baseline LDL-C concentration.	I	C	64,357
In patients with type 2 diabetes and CVD or CKD, and in those without CVD who are >40 years of age with one or more other CVD risk factors or markers of target organ damage, the recommended goal for LDL-C is <1.8 mmol/L (<70 mg/dL) and the secondary goal for non-HDL-C is <2.6 mmol/L (<100 mg/dL) and for apoB is <80 mg/dL.	I	B	62,64
In all patients with type 2 diabetes and no additional risk factors and/or evidence of target organ damage, LDL-C <3.6 mmol/L (<100 mg/dL) is the primary goal. Non-HDL-C <3.4 mmol/L (<130 mg/dL) and apoB <100 mg/dL are the secondary goals.	I	B	62,64

apoB = apolipoprotein B; CKD = chronic kidney disease; CVD = cardiovascular disease; HDL-C = high-density lipoprotein-cholesterol; LDL-C = low-density lipoprotein-cholesterol; MetS = metabolic syndrome; TG = triglycerides.
^aClass of recommendation.
^bLevel of evidence.
^cReference(s) supporting recommendation.

Original Investigation

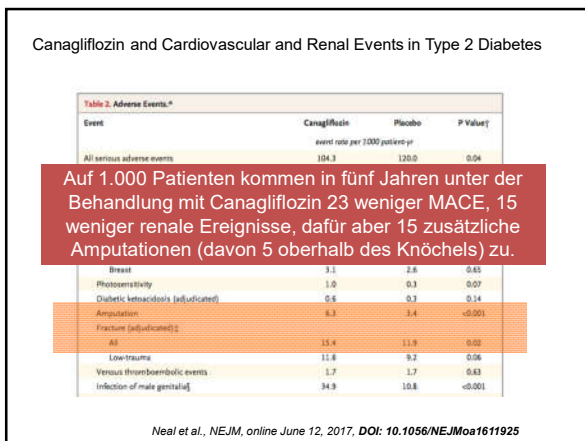
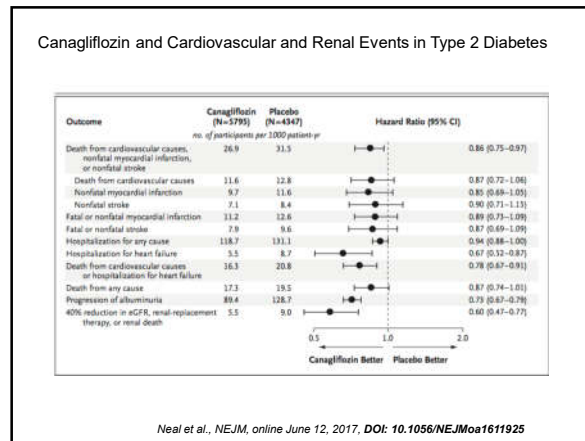
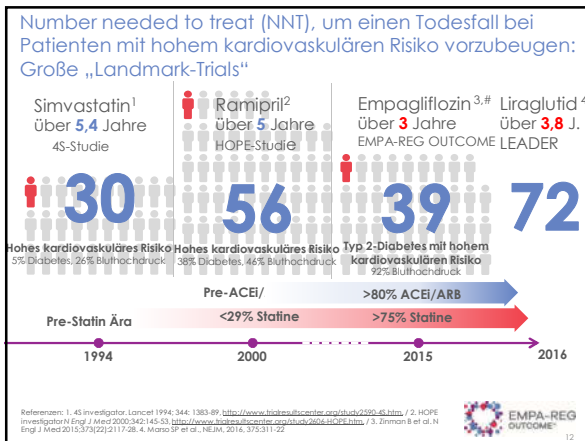
Blood Pressure Lowering in Type 2 Diabetes A Systematic Review and Meta-analysis

Connor A. Emdin, HBSc; Kazem Rahimi, DM, MSc; Bruce Neal, PhD; Thomas Callender, MBChB; Vlado Perkovic, PhD; Anushka Patel, PhD

Figure 2. Standardized Associations Between 10-mm Hg Lower Systolic BP and All-Cause Mortality, Macrovascular Outcomes, and Microvascular Outcomes in Diabetic Patients

Outcome	No. of Studies	BP Lowering		Control		Relative Risk (95% CI)	Favors BP Lowering	Favors Control
		Events	Participants	Events	Participants			
Mortality	20	2334	27 693	2319	25 864	0.87 (0.78-0.96)	+	-
Cardiovascular disease	17	3230	25 756	3280	24 862	0.89 (0.83-0.95)	+	-
Coronary heart disease	17	1390	26 150	1449	24 761	0.88 (0.80-0.98)	+	-
Stroke	19	1390	27 614	1475	26 447	0.73 (0.64-0.83)	+	-
Heart failure	13	1235	21 684	1348	20 791	0.86 (0.74-1.00)	+	-
Renal failure	9	596	19 835	560	18 912	0.91 (0.74-1.12)	+	-
Retinopathy	7	844	9781	905	9586	0.87 (0.76-0.99)	+	-

Emdin et al., JAMA. 2015;313(6):603-615.



Zusammenfassung:

Trotz multimodaler Therapie bleibt immer noch ein hohes Restrisiko für CV- und Gesamtmortalität bei T2D.

Neue Antidiabetika reduzieren die CV-Mortalität signifikant bei bereits sehr gut vorbehandelten Hochrisiko-Patienten. Hierbei scheinen Substanz-spezifische Effekte wichtiger als HbA1c-Unterschiede.

Unabhängig davon ist eine optimale Blutzuckereinstellung weiterhin sehr wichtig für die Reduzierung des mikrovaskulären Risikos (u.a. Retinopathie!) und die Vermeidung von Krankheitssymptomen u.a.