

HbA1c: Nicht alles kleiner acht ist gut

Bei der Typ-2-Diabetestherapie sind die Leitlinien von strikt niedrigen HbA1c-Zielen abgerückt. Das sollte freilich nicht dazu verleiten, beim HbA1c generell Großzügigkeit walten zu lassen.

Typ-2-Diabetiker nach der Maxime zu behandeln, dass beim HbA1c-Wert alles unter 8% gut ist, sei eindeutig die falsche Konsequenz aus den großen Diabetesstudien der letzten Jahre, betonte Dr. Elmar Jäckel von der Medizinischen Hochschule Hannover. Zu optimalen Ergebnissen bei möglichst vielen Patienten gelange nur, wer das HbA1c-Ziel individuell festlege. So habe schon die ACCORD-Studie gezeigt, dass Patienten mit einer nicht länger als zehn Jahre zurückliegenden Diabetes-Diagnose im Hinblick auf Herzinfarkte und Schlaganfälle sehr wohl von einer strengen HbA1c-Einstellung profitierten. Komplikationen traten in dieser Studie vor allem bei Patienten mit lang bestehendem Diabetes und häufigen Hypoglykämien auf. Entscheidend dürfte dabei der Zustand der Blutgefäße sein, so Jäckel. Wer in der Kardio-CT wenig oder keinen Koronarkalk zeige, der profitiere kardiovaskulär stark von niedrigen HbA1c-Werten. Wer dagegen einen hohen Kalk-Score (als Zeichen bereits stark vorgeschädigte Blutgefäße) aufweise, der ziehe weit weniger kardiovaskulären Nutzen aus der strengen Zuckersenkung*. In Summe empfahl Jäckel im ersten Krankheitsjahrzehnt und ohne KHK einen Zielwert von 6,5%. Wer mehr als zehn Jahre krank ist oder eine KHK hat, für den sollte der Zielkorridor bei 7–7,5% liegen. Und in der Geriatrie seien Werte bis 8% in Ordnung. Hinsichtlich der Frage, was im Praxisalltag bei Patienten zum Einsatz kommen sollte, bei denen Metformin alleine nicht mehr ausreicht, lenkte Jäckel nicht zuletzt wegen guter Sicherheitsdaten den Blick auf die Gliptine (z. B. Sitagliptin, Januvia®). Im Vergleich zu Placebo sei bisher keinerlei erhöhtes kardiovaskuläres Risiko und auch keine erhöhte Inzidenz von Pankreaserkrankungen zu verzeichnen.

2. MSD-Forum „Die Hausarztpraxis im Fokus“, Berlin 2014, Veranstalter: MSD, Bericht: Philipp Grätzel

*[Diabetes 2009; 58(11):2642]

Neue Patientenbroschüre

Vorzeitiger Samenerguss – (k)ein Thema?

In der täglichen Praxis zeigt sich, dass Patienten sich scheuen, sexuelle Funktionsstörungen, wie beispielsweise Ejaculatio praecox (EP), aktiv anzusprechen. Manchen fällt es leichter, wenn sie sich vorher schon informiert haben.

Da EP zu einer deutlichen Beeinträchtigung der sexuellen Lebensqualität der betroffenen Männer und deren Partnerinnen führen kann, ist eine Frage zur Sexualität im Rahmen der Eingangsanamnese manchmal ebenso hilfreich wie das Auslegen von Informationsmaterial. Vor allem besteht hinsichtlich des Beschwerdebildes noch viel Unwissenheit. Wodurch wird der vorzeitige Samenerguss verursacht? Kann ich davon dauerhaft „geheilt“ werden? Können Alkohol oder Drogen mein Problem lindern oder verstärken? Das sind einige der Fragen, die

Betroffene beschäftigen und die in der Praxis häufig gestellt werden. Die kostenlose Patientenbroschüre „20 Fragen – 20 Antworten“ mit dem Titel „Vorzeitiger Samenerguss – (k)ein Thema?“ beantwortet auf knapp 30 Seiten Fragen, die im Zusammenhang mit EP auftreten können. So bleibt in der Sprechstunde mehr Zeit für gezieltere Fragen. Es werden auch Tipps gegeben, wie man seine Probleme beim Arzt ansprechen kann.



Bestellungen (jeweils 100 Exemplare) per E-Mail: vertrieb@springer.com oder per Fax: 06102/ 506240, Stichwort „20 Fragen zum vorzeitigen Samenerguss“

Nach Informationen der Firma Berlin Chemie

Osteoporose

Langfristig reduziertes Frakturrisiko

Die verfügbaren Medikamente für die Osteoporose-Therapie unterscheiden sich in ihrem Wirkmechanismus. Das ist bei der Auswahl einer geeigneten Substanz zu berücksichtigen.

Laut Prof. Dr. Christopher Niedhart, Heinsberg, spricht nichts dagegen, Patienten mit leichter Osteoporose mit Bisphosphonaten zu therapieren. Wann aber sind andere Medikamente erforderlich? So sind die bei älteren Patienten vermehrt auftretenden Schenkelhalsfrakturen vorwiegend auf eine zunehmende Porosität der Knochen im kortikalen Bereich zurückzuführen. Der RANK-Ligand-Inhi-

bitor Denosumab (Prolia®) zeichnet sich durch einen dualen Wirkmechanismus aus, der die Knochendichte sowohl am trabekulären als auch am kortikalen Knochen steigert. Auch Begleiterkrankungen müssen bei der Wahl der Therapie beachtet werden, z. B. eine Niereninsuffizienz, so Niedhart. Bei Patienten mit Niereninsuffizienz sind mit Ausnahme von Denosumab alle Osteoporose-Medikamente kontraindiziert. Für Denosumab liegen nun 8-Jahres-Daten vor, die dessen langfristigen Nutzen bestätigen.

OsteoTalk „Osteoporose-Therapie heute: Wen, wann und wie behandeln?“, München 2014, Veranstalter: Amgen und GSK, Bericht: Judith Neumaier