



© Sebastian Kaulitzki / Fotolia

Postprandialer Blutzucker im Griff

Auf der Jagd nach möglichst physiologisch wirkendem Insulin geht es u. a. darum, die Glukosespitzen nach dem Essen zu kappen. Mit einer besonders schnell absorbierbaren Variante von Insulin aspart ist man hier neuen Studiendaten zufolge ein Stück weiter gekommen.

Um das Anfluten des Insulinanalogons Aspart (NovoRapid®) weiter zu beschleunigen, wurde dem Molekül ein Vitamin und eine Aminosäure zugesetzt. Beim Kongress der US-amerikanischen Diabetesgesellschaft wurden nun aktuelle Phase-III-Daten des neuen faster-acting Insulin aspart (FIAsp) präsentiert, u. a. aus zwei randomisierten doppelblinden Studien. Die Studie ONSET*1 umfasste 1143 Typ-1-Diabetiker, die in drei Gruppen randomisiert wurden: Im verblindeten Teil erhielten sie zusätzlich zu ihrem Basalinsulin Detemir das neue FIAsp oder das herkömmliche Insulin aspart (IAsp) zur Mahlzeit. Die unverblindete Gruppe erhielt FIAsp erst 20 Minuten nach dem Essen. FIAsp war bei der HbA_{1c}-Senkung dem IAsp nicht unterlegen. Zur Mahlzeit gegeben war es sogar signifikant überlegen mit einer um 0,15% stärkeren Reduktion (7,31% vs. 7,42%). Im standardisierten Mahlzeitentest war der Blutzuckeranstieg sowohl eine als auch zwei Stunden postprandial mit FIAsp geringer ausgefallen (-21,21 bzw. -23,33 mg/dl).

Verbesserte postprandiale Glukose

ONSET*2 umfasste 689 Typ-2-Diabetiker, die mit einer basalunterstützten oralen antidiabetischen Therapie (Insulin glargin und Metformin) schlecht eingestellt waren (HbA_{1c} im Schnitt 7,9%). Sie wurden daher 1:1 auf FIAsp oder IAsp zusätzlich randomisiert. Die HbA_{1c}-Absenkung betrug -1,38 (FIAsp) bzw. -1,36 (IAsp), womit FIAsp nicht unterlegen war. Am Ende der Beobachtung lag der mittlere HbA_{1c}-Wert bei 6,6%. Der postprandiale Blutzuckeranstieg im Mahlzeitentest war mit einer Differenz von 10,63 mg/dl mit dem FIAsp signifikant geringer. Eine Zunahme von Hypoglykämien wurde in keiner der beiden Studien beobachtet.

76th Scientific Sessions der American Diabetes Association, New Orleans, Juni 2016, Bericht: Sarah Louise Pampel

Schilddrüsenhormone

Therapie der Hypothyreose mit T4/T3

Die Schilddrüsenunterfunktion wird in der Regel durch eine Hormonsubstitution mit T4 behandelt. Bleiben die Symptome trotz adäquater Therapie bestehen, kann eine T4/T3-Kombinationstherapie erwogen werden.

„Zur Therapie der Hypothyreose ist und bleibt die Substitution mit Levothyroxin Standard“, betont Prof. Dr. Dagmar Führer aus Essen mit Verweis auf die Empfehlungen der European Thyroid Association (ETA). Doch nicht alle Patienten erreichen unter einer eigentlich adäquaten Levothyroxinsubstitution eine zufriedenstellende Symptomlinderung.

Bei Patienten, die unter T4-Monotherapie weiterhin symptomatisch sind, kann ein Behandlungsversuch mit einer

T4/T3-Kombinationstherapie erwogen werden. In der ETA-Leitlinie wird zum versuchsweisen Einsatz der Kombination bei Patienten mit gesicherter Compliance geraten, die trotz guter TSH-Einstellung und nach Ausschluss anderer Ursachen weiter symptomatisch sind. Empfohlen wird ein Dosisverhältnis T4:T3 zwischen 13:1 und 20:1. Idealerweise sollte die T3-Gabe auf zwei Dosen pro Tag verteilt werden. Angestrebt wird ein normales TSH, fT4, fT3 und T4/T3-Verhältnis. Um diese Ziele zu erreichen, wären laut Führer entsprechend dosierte Kombinationspräparate als Erweiterung des bisher vorhandenen Therapieangebots wünschenswert.

Expertenworkshop „Schilddrüse“, Berlin, August 2016, Veranstalter: Sanofi-Aventis, Bericht: Kirsten Westphal

Starke chronische Schmerzen

Tapentadol statt hoch dosiertes NSAR?

Das Opioidanalgetikum Tapentadol ist seit 2010 für die Behandlung von mäßig starken bis starken akuten und chronischen Schmerzen bei Erwachsenen zugelassen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können und bietet, z. B. bei Arthrose oder Rückenschmerzpatienten, einige Vorteile.

In einer aktuell publizierten randomisierten und kontrollierten Phase-III/IV-Studie wurde das Opioid-Analgetikum Tapentadol (Palexia®) mit Oxycodon/Naloxon bei Patienten mit schweren chronischen lumbalen Rückenschmerzen und neuropathischer Komponente verglichen. Die Schmerzintensität wurde in der Tapentadol-Gruppe signifikant stärker reduziert als in der Oxycodon/Naloxon-

Gruppe ($p < 0,003$). Verstopfung und Erbrechen waren mit dem dualen Schmerzblocker signifikant seltener als mit dem klassischen Opioid.

In der Hausarztpraxis hat sich das dual wirksame Tapentadol laut Jörg Werner Piroth, niedergelassener Hausarzt, Aachen, mittlerweile als eine effektive und verträgliche Therapieoption zur Behandlung starker chronischer Schmerzen etabliert. Seiner Meinung nach ist eine frühzeitige Umstellung auf Tapentadol anstatt auf hoch dosierte nicht-steroidale Antirheumatika zur Vermeidung gastrointestinaler Komplikationen sinnvoll.

„5 Jahre – einfach Palexia®: Therapie chronischer Schmerzen in Klinik und Praxis.“ Pressekonferenz der Grünenthal GmbH, Düsseldorf, Juni 2016. Bericht: Susanne Heinzl