

Was ist therapeutische Trägheit?

Obwohl es entscheidend wichtig ist, eine gute glykämische Kontrolle aufrechtzuerhalten, hat „**therapeutische Trägheit**“ – das „**Versagen, die Therapie zu intensivieren oder zu reduzieren, wenn dies angemessen ist**“ – weltweit zu schlechter glykämischer Kontrolle und schlechteren mikrovaskulären, makrovaskulären und Mortalitätsergebnissen geführt¹⁻³

INTENSIVIERUNGSTRÄGHEIT?

INSULININTENSIVIERUNG



WICHTIGSTE
KLINISCHE HÜRDE?

ORAL PLUS
INSULIN



ORALE
KOMBINATION



ORALE
MONOTHERAPIE

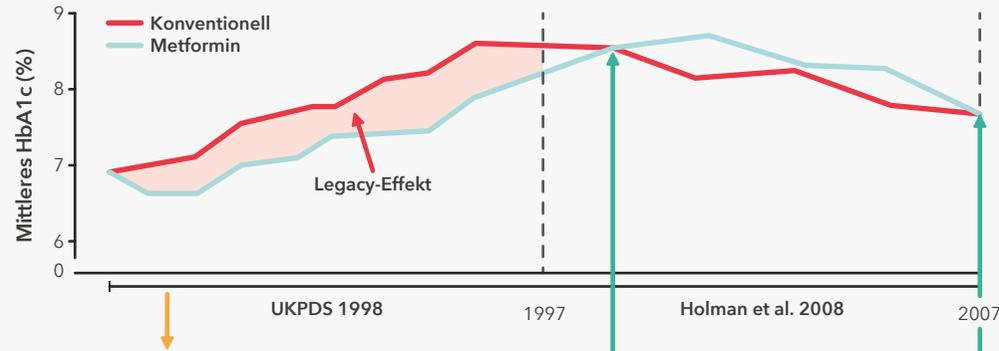


ERNÄHRUNG
UND
BEWEGUNG



Therapeutische Trägheit ist im gesamten Krankheitsparadigma präsent, vom ersten OAM bis hin zur Einführung von Insulin, und sogar bei der Insulinintensivierung – in Form der so genannten „**Intensivierungsträgheit**“

Der Effekt frühzeitiger glykämischer Kontrolle



UKPDS hat gezeigt, dass frühzeitige glykämische Kontrolle mikrovaskuläre Vorteile mit sich bringt³

In der Nachstudie gingen Unterschiede in HbA_{1c} nach einem Jahr verloren, aber es gab weitere Reduktionen bei allen Arten von Komplikationen⁴

Nach Holman, R. R. et al. 2008; UKPDS 33. 1998

24 %

bei mikrovaskulären Komplikationen

15 %

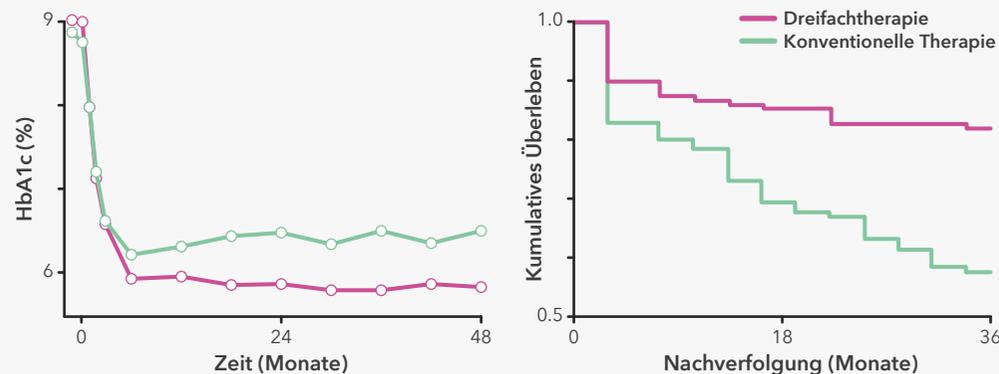
In MI

13 %

bei der Gesamtmortalität

Langzeitstudien haben gezeigt, dass **frühzeitige glykämische Kontrolle** aufgrund des so genannten „**Legacy-Effekts**“ in späteren Stadien zu besseren vaskulären und Mortalitätsergebnissen führt³⁻⁵

Die **EDICT**-Studie verglich eine frühe Dreifachtherapie (Metformin/Pioglitazon/Exenatid) mit der konventionellen Therapie (Metformin, sequenziell gefolgt von Sulfonylharnstoff und Insulin Glargin) bei neu diagnostizierten, unbehandelten T2DM-Patienten



Nach DeFronzo, R. A. et al. 2016

Im Vergleich zur konventionellen Therapie führte die Dreifachtherapie zu:

- Deutlich höherer HbA_{1c}-Reduktion
- Stabilerer Senkung von HbA_{1c}
- Signifikanter Verbesserung der vaskulären und Mortalitätsergebnisse nach 3 Jahren

Ein frühzeitiger, intensiver Ansatz wurde von vielen Richtlinien übernommen

Die **ADA/EASD 2018**-Richtlinie empfiehlt SGLT-2i und GLP-1 RA als Zusatztherapien zu Metformin bei Patienten mit etablierten ASHKE oder CNE⁴

ERSTLINIENTHERAPIE UMFASST METFORMIN UND LEBENSSTIL
(EINSCHL. GEWICHTSMANAGEMENT UND KÖRPERLICHE AKTIVITÄT)
WENN HbA_{1c} WEITERHIN ÜBER DEM ZIEL LIEGT, WIE FOLGT VORGEHEN

ZUR VERMEIDUNG
KLINISCHER TRÄGHEIT
DIE BEHANDLUNG
REGELMÄSSIG
PRÜFEN UND ÄNDERN
(3-6 MONATE)

ETABLIERTE ASHKE ODER CNE

ASHKE ÜBERWIEGT

GLP-1 RA mit nachgewiesenen CNE-Vorteilen

**ENTWEDER/
ODER**

SGLT2i mit nachgewiesenen CNE-Vorteilen,
wenn GGFR ausreichend ist

HI ODER CNE ÜBERWIEGEN

VORZUGSWEISE

SGLT2i mit in HKES nachgewiesener Verringerung der
Progression von HI und/oder CNE, wenn GGFR ausreichend ist

ODER

Wenn SGLT2i nicht toleriert wird oder
kontraindiziert ist oder wenn GGFR nicht ausreichend ist,
GLP-1 RA mit nachgewiesenen CNE-Vorteilen hinzufügen

Nach Davies, M.J. et al. 2018

Wie kann die therapeutische Trägheit verringert werden?

Therapeutische Trägheit ist das Ergebnis einer komplexen Interaktion von Hürden, die Patienten, Kliniker und das Gesundheitssystem aufwerfen⁷



Zu den **Lösungen** für das Überwinden therapeutischer Trägheit gehören **individualisierte Therapien** und **Interventionen**, einschließlich:

- 1** Prüfung der Leistung durch MF
- 2** KMF zu neuen und sich entwickelnden Therapien
- 3** Einsatz von alliierten MF als Fallmanager⁸

Abkürzungen: ADA, American Diabetes Association; ASHKE, atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung; BI, Behandlungsintensivierung; CMF, kontinuierliche medizinische Fortbildung; CNE, chronische Nierenerkrankung; DPP-4i, Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitor; EASD, European Association for the Study of Diabetes; EDICT, Efficacy and Durability of Initial Combination Therapy for Type 2 Diabetes; GGFR, geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; GLP-1 RA, Rezeptoragonist für glucagon-ähnliches Peptid 1; HbA_{1c}, Hämoglobin_{1c}; HI, Herzinsuffizienz; HKE, Herz-Kreislauf-Erkrankung; HKEP, Herz-Kreislauf-Endpunkt; HKES, Herz-Kreislauf-Ergebnis-Studie; MF, medizinische Fachkraft; MI, Myokardinfarkt; OAM, orales antihyperglykämisches Medikament; SGLT2i, Natrium-Glucose-Cotransporter-2-Inhibitor; T2DM, Diabetes mellitus Typ 2; UKPDS, UK Prospective Diabetes Study

Bibliographie: **1.** Paul, S. et al. *Cardiovasc Diabetol* 2015; 14: 100. **2.** Khunti, K. et al. *Prim Care Diab* 2017; 11: 105-106. **3.** UKPDS 33. *Lancet*. 1998; 352: 837-853. **4.** Holman, R. R. et al. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1577-1589. **5.** DeFronzo, R. A. et al. 52nd EASD Annual Meeting 2016, München; Zusammenfassung und Poster-Präsentation 794. Verfügbar unter: www.easdvirtualmeeting.org, zuletzt abgerufen im Oktober 2021. **4.** Holman, R. R. et al. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1577-1589. **5.** DeFronzo, R. A. et al. 52nd EASD Annual Meeting 2016, München; Zusammenfassung und Poster-Präsentation 794. Verfügbar unter: www.easdvirtualmeeting.org, zuletzt abgerufen 1. März 2017. **6.** Davies, M. J. et al. *Diabetes Care* 2018. Sep; dci180033. **7.** Zafar, A. et al. *Diabetic Med* 2015; 32: 407-413. **8.** Zafar, A. et al. *Prim Care Diabetes* 2010; 4: 203-7.