

8.1.3.3 Diabetes mellitus Typ 2

Empfehlungen ADA / EASD 2018

Aktuelle Paradigmen bei Diabetes mellitus Typ 2 (ADA / EASD 2018):

- Metformin als first-line.
- Bei kardiovaskulärer Erkrankung u/o chronischer Niereninsuffizienz: bevorzugt plus SGLT-2-Inhibitor (Empagliflozin) oder GLP1-Analagon (Liraglutid), da in kardiovaskulären Endpunktstudien überlegen; bei Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz bevorzugt SGLT-2-Inhibitor (Empagliflozin).
- Bei hoher Priorität zur Hypoglykämie-Vermeidung: bevorzugt plus DPP-4-Inhibitor oder GLP1-Analagon oder SGLT-2-Inhibitor oder Glitazon (gleichwertige Empfehlung).
- Bei hoher Priorität einer Gewichtsabnahme: SGLT-2-Inhibitor oder GLP1-Analagon.
- bevor alleinige Insulinschemata zur Anwendung kommen, soll die bisherige Therapie zunächst durch Basalinsulin bzw. GLP-1-Agonist ergänzt werden.
- beim Übergang zu injizierbaren Therapien: GLP-1- Agonist statt Insulin bevorzugen.

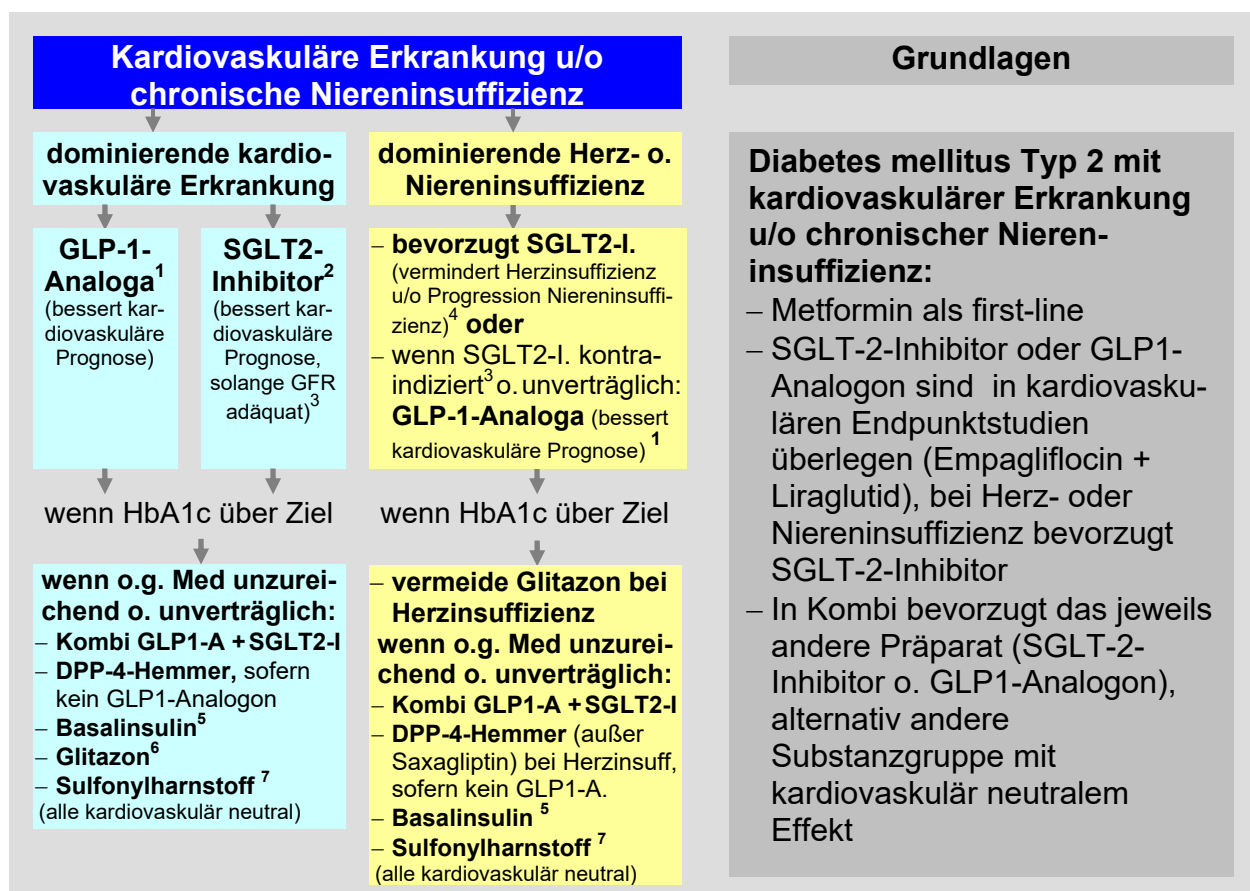


Abb. 1: Diabetes mellitus Typ 2 mit kardiovaskulärer Erkrankung u/o chronischer Niereninsuffizienz (ADA/EASD 2018).

- (1) Evidenz Liraglutid > Semaglutid > Exenatid extended release
- (2) Evidenz Empagliflozin > Canagliflozin
- (3) Beachte Zulassungsbeschränkung für SGLT2-Inhibitoren bei Niereninsuffizienz
- (4) Für Empagliflozin und Canagliflozin Verminderung von Herzinsuffizienz und Progression Niereninsuffizienz
- (5) Nachgewiesen für Degludec oder Glargin U100
- (6) Bessere Verträglichkeit niedriger Dosierungen
- (7) bevorzuge neue Sulfonylharnstoffe mit geringerem Hypoglykämierisiko

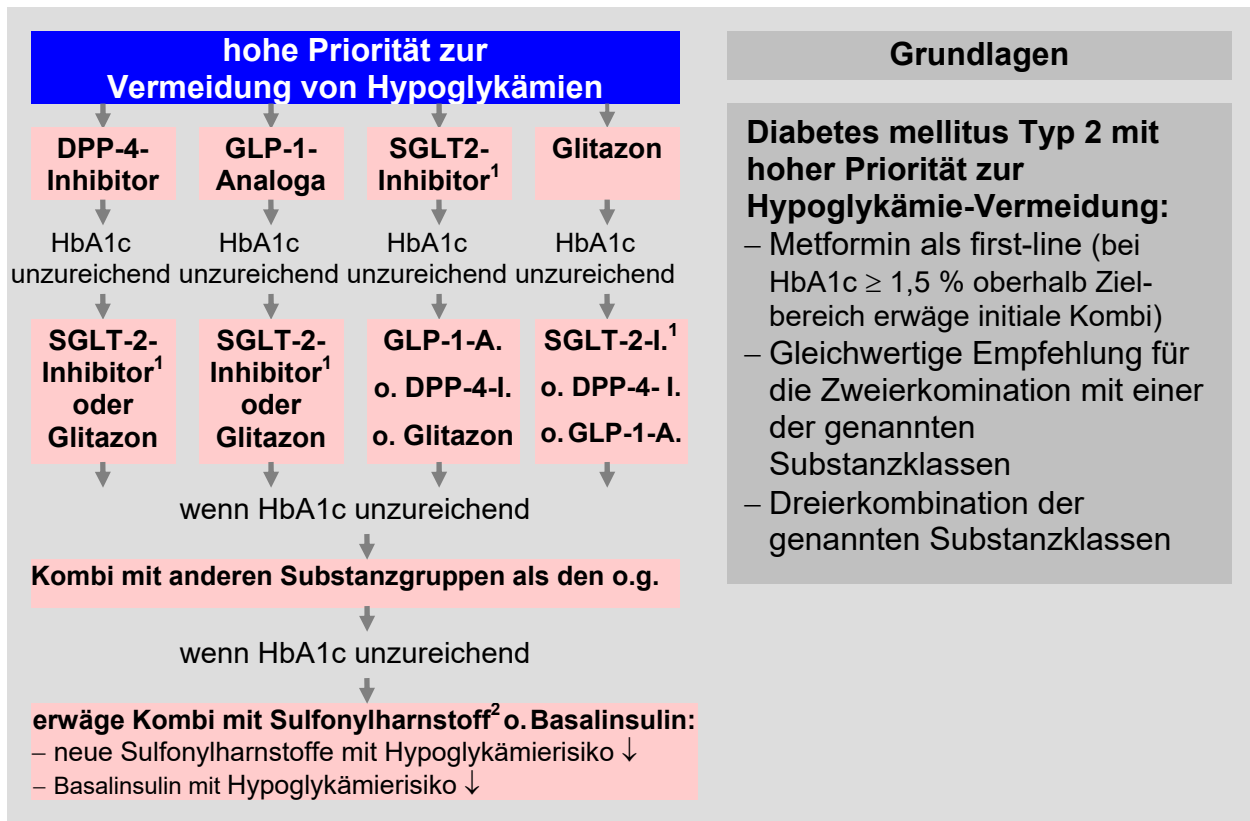


Abb. 2: Diabetes mellitus Typ 2 mit hoher Priorität zur Hypoglykämie-Vermeidung (ADA/EASD 2018).

- (1) Beachte Zulassungsbeschränkung für SGLT2-Inhibitoren bei Niereninsuffizienz
 (2) Degludec / Glargin U300 < Glargin U100 / Detemir < NPH-Insulin

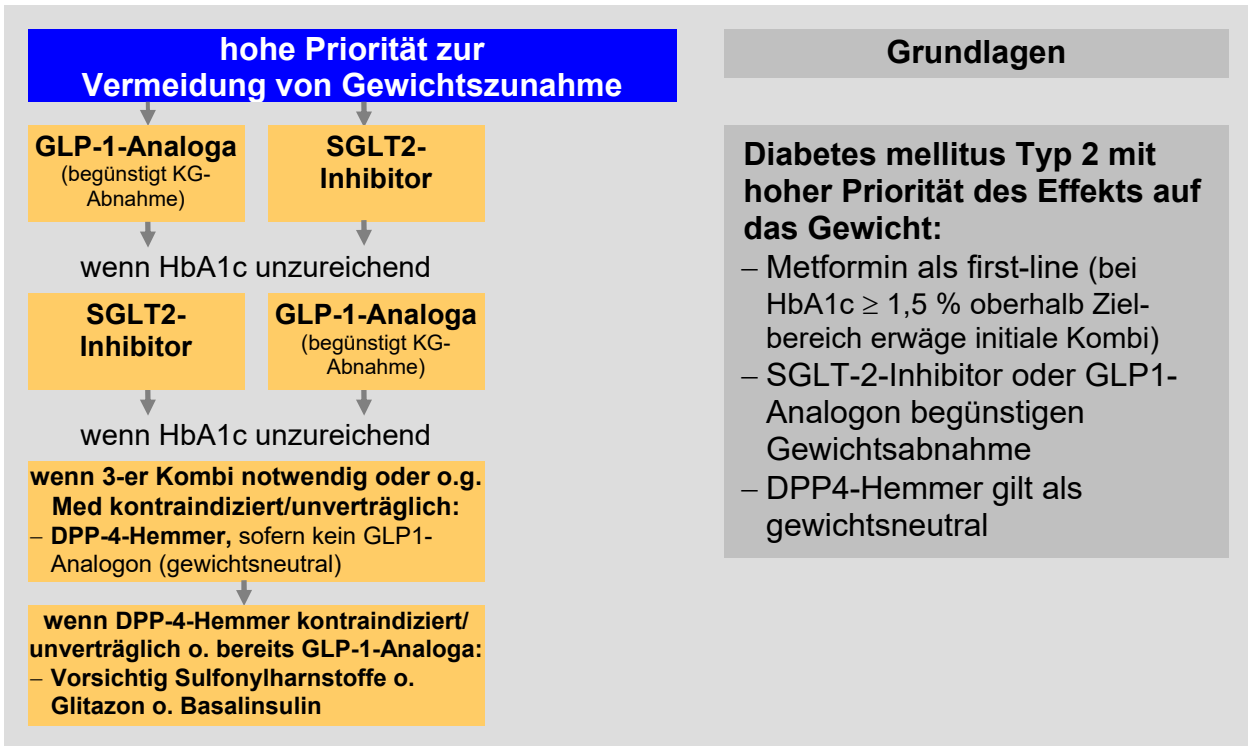


Abb. 3: Diabetes mellitus Typ 2 mit hoher Priorität des Effekts auf das Gewicht (ADA/EASD 2018).

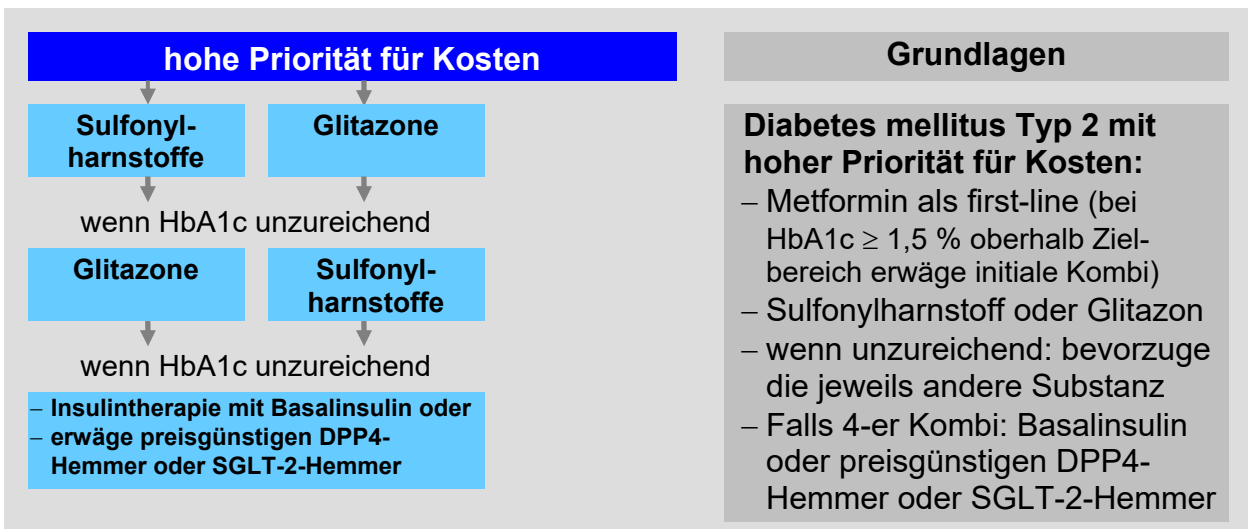
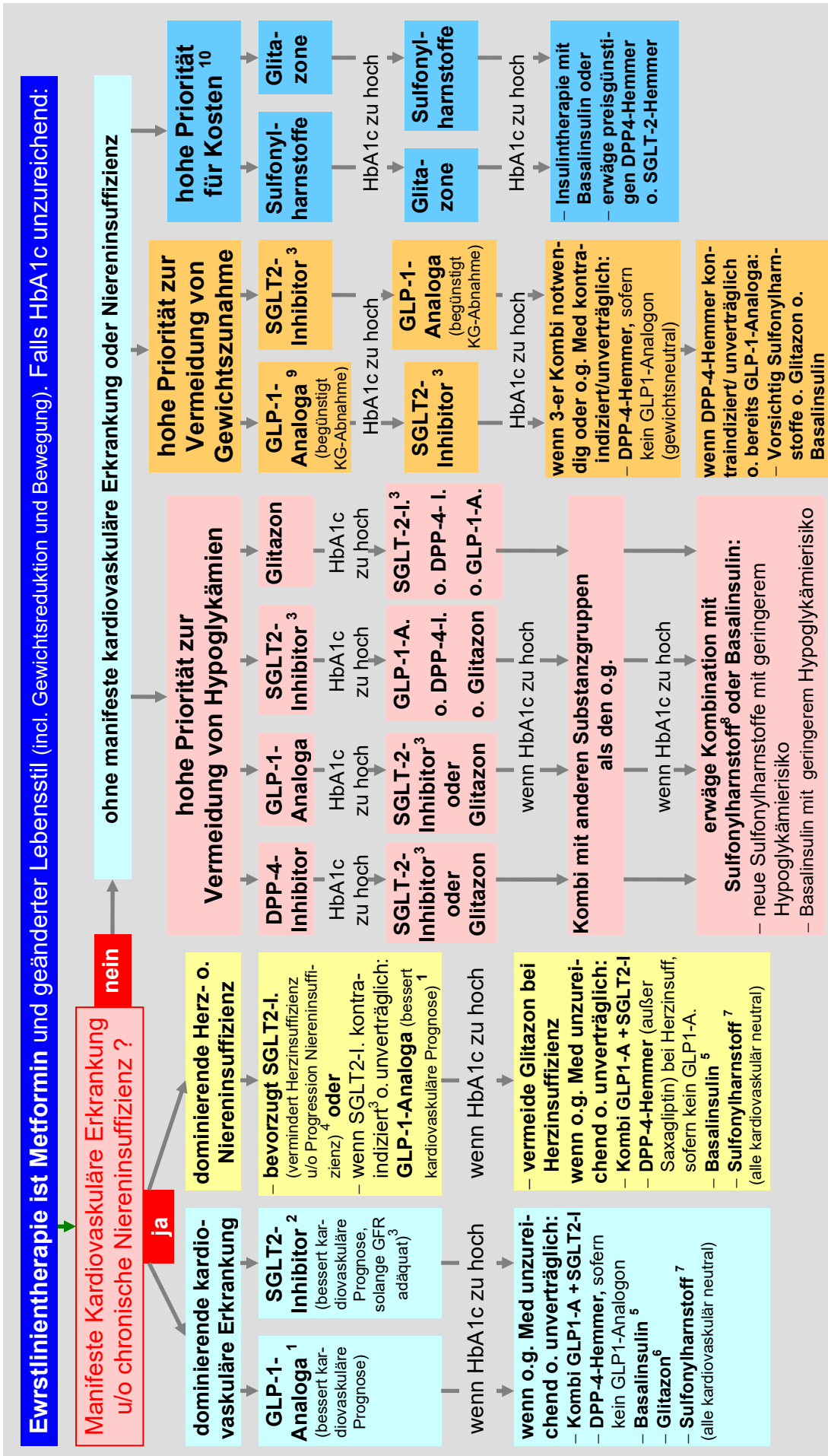


Abb. 4: Diabetes mellitus Typ 2 mit hoher Priorität für Kosten (ADA/EASD 2018).



(1) Evidenz Liraglutid > Semaglutid > Exenatid extended release
 (2) Evidenz Empagliflozin > Canagliflozin
 (3) Beachte Zulassungsbeschränkung für SGLT2-Inhibitoren bei Niereninsuffizienz
 (4) Für Empagliflozin und Canagliflozin Verminderung von Herzinsuffizienz und Progression Niereninsuffizienz
 (5) Nachgewiesen für Degludec oder Glargin U100
 (6) Bessere Verträglichkeit niedriger Dosierungen
 (7) bevorzuge neue Sulfonylharnstoffe mit geringerem Hypoglykämierisiko
 (8) Degludec / Glargin U300 < Glargin U100 / Detemir < NPH-Insulin
 (9) Semaglutid > Liraglutid > Dulaglutid > Exenatid > Lixisenatid
 (10) sofern keine spezifischen Komorbiditäten (kardiovaskulär, Netiereninsuffizienz, Hypoglykämie, Gewicht)

Abb. 5: Diabetes mellitus Typ 2 – Übersicht der ADA/EASD-Empfehlungen 2018.

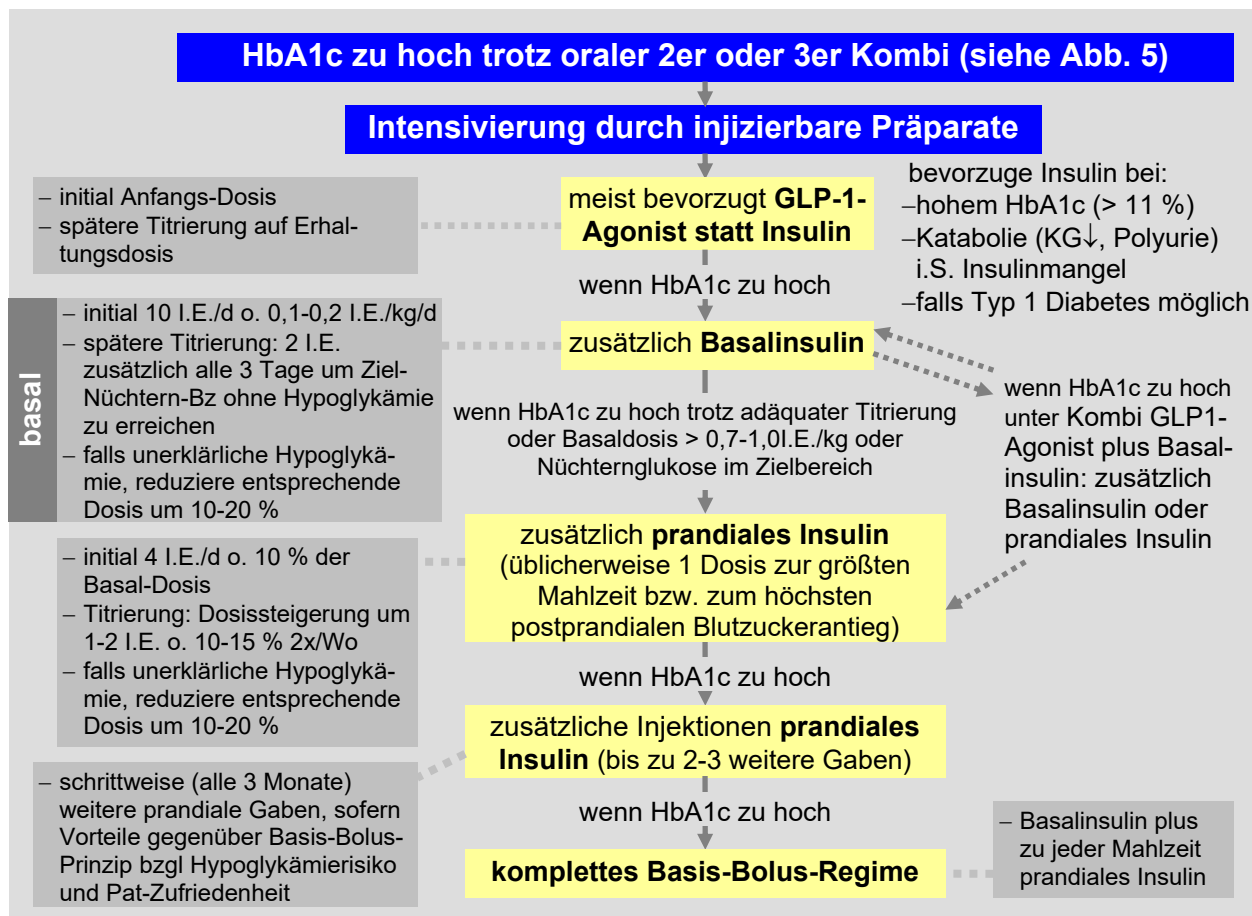


Abb. 6: injizierbare Therapeutika beim Diabetes mellitus Typ 2.

Injizierbare Therapeutika bei Typ 2 Diabetes:

- Neu in den 2018-er ADA/EASD-Empfehlungen ist ein Paradigmenwechsel mit Bevorzugung eines GLP-1-Agonisten statt Insulin.
- Bevorzuge primär Insulin ist bei hohem HbA1c (> 11 %), Katabolie (KG↓, Polyurie) i.S. Insulinmangel oder etwaigem Typ 1 Diabetes.
- Klassischer Beginn einer Insulintherapie mit Basalinsulin (initial 0,1-0,2 U/kg Körpergewicht, dann Optimierung anhand Nüchtern-Bz) in Kombination mit 1-2 Nicht-Insulin Antidiabetika.
- Bei unzureichendem Effekt Ergänzung durch kurzwirkendes Insulin (mahlzeitenbezogen 1-3 x/d).
- Mit zunehmenden Insulindosen verlieren Insulinsekretion-steigernde Antidiabetika (Sulfonylharnstoffe, Glinide) an Wirkung und werden gestoppt.