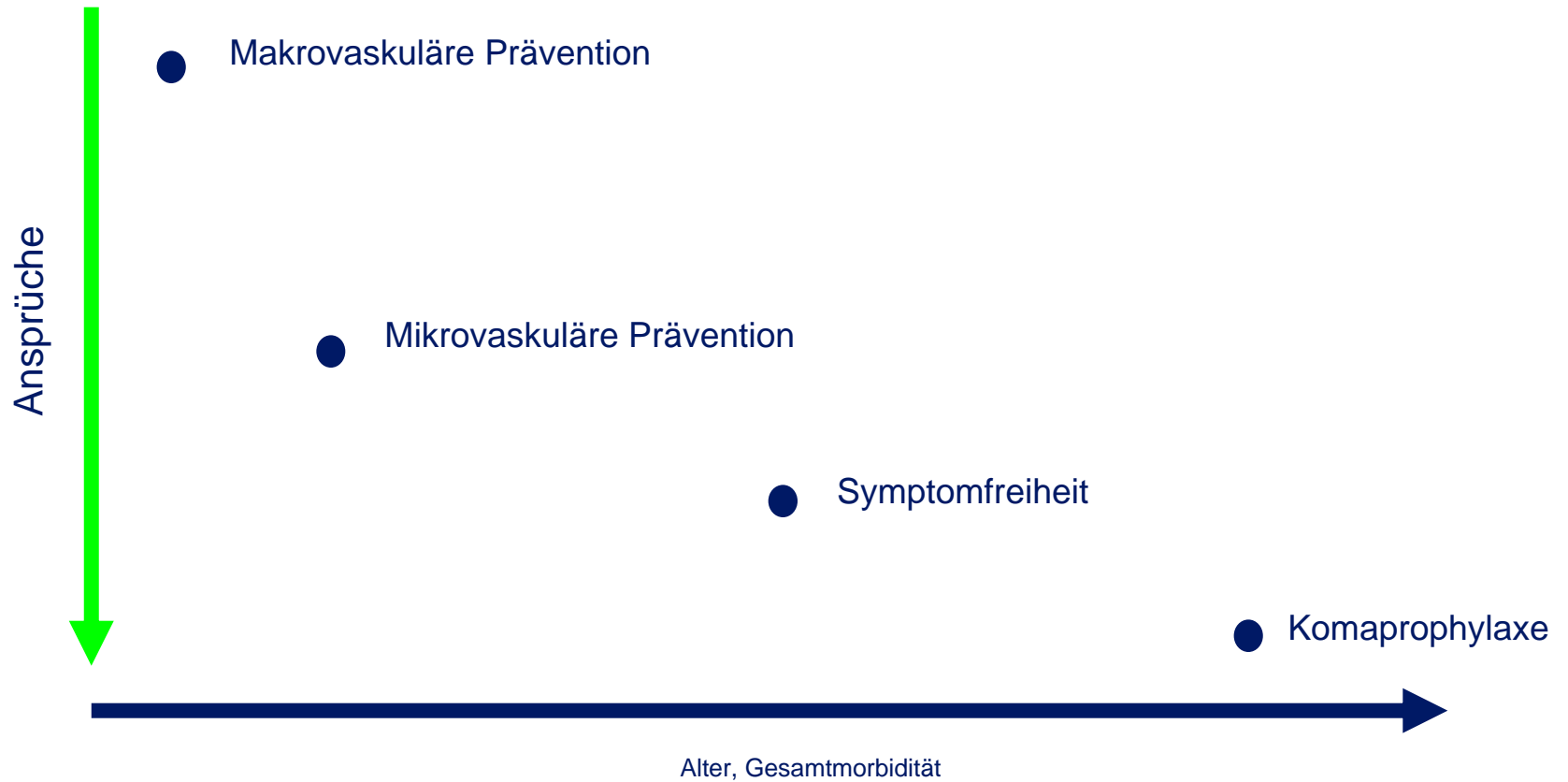




# HbA1c – 13,6 % - Insulin ?

- Gewichtsverlust, hohe Triglyceride, hohes Cholesterin
  - Befunde sprechen für Insulinmangel
  - Ketone ?
- Metformin-Monotherapie:
  - Mit einer max. HbA1c Senkung von 1,5% zu rechnen
  - (Schernthaner et al, JCEM 2004)
- Kombinationen OAD
  - HbA1c Senkung normalerweise bis minus 2,5%
- Frühzeitige Insulintherapie
  - Durch frühzeitige Insulintherapie Erholung der Betazellfunktion möglich
  - (Ryan et al. Diab.Care 2004, Wenig et al Lancet 2008)

# Therapieziele



# ADA / EASD Konsensus 2009

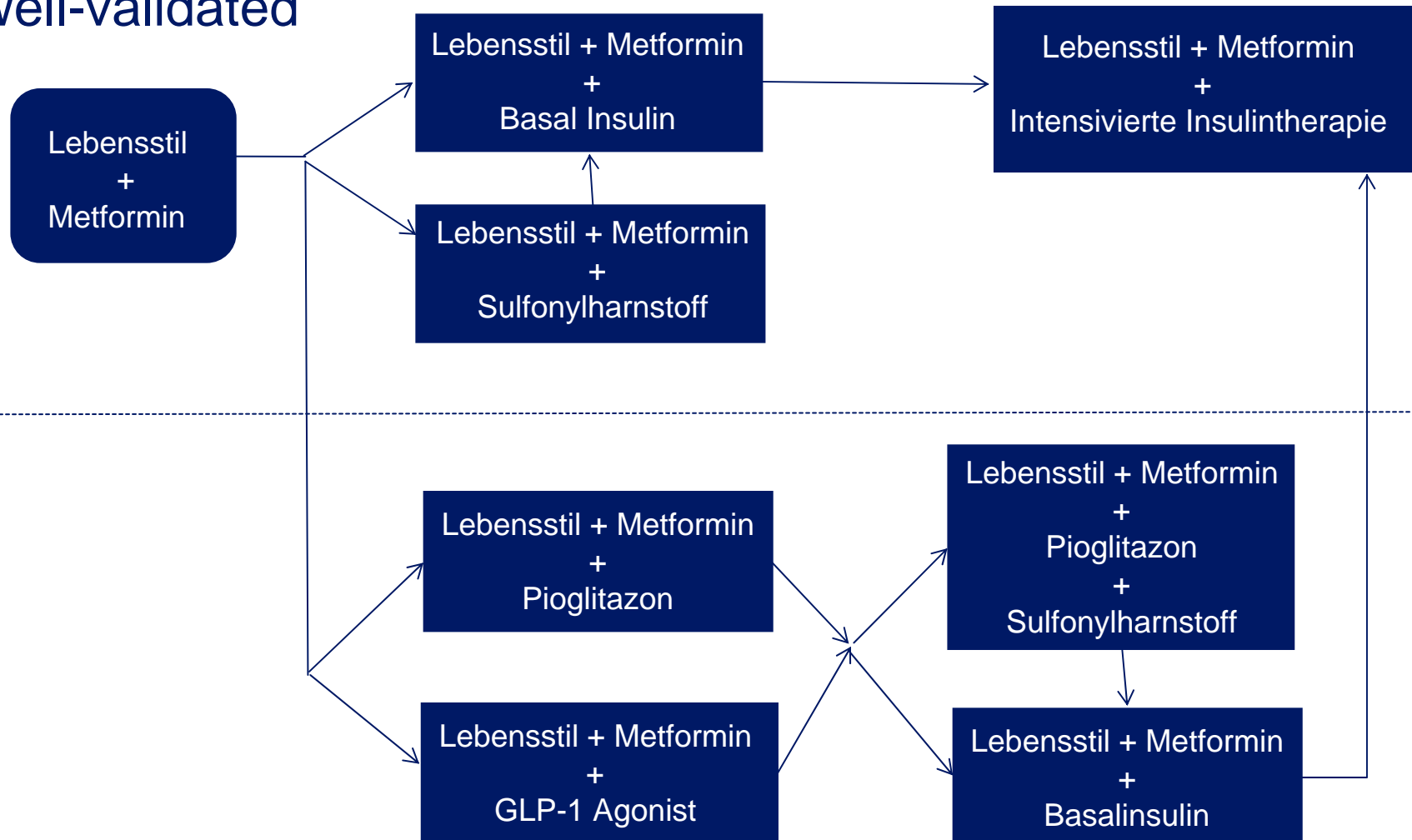


- Therapieindikation HbA1c >7.0%
- Therapieziel HbA1c < 7.0%
- zu berücksichtigen sind:
  - Lebenserwartung,
  - Risiko für Hypoglykämie
  - Präsenz kardiovaskulärer Erkrankungen

# ADA / EASD Algorithmus



well-validated



Gerd Köhler

Slide no 4 • •

Less well-validated

Nathan, DM et al. Diabetologia 2009



# HbA1c -Ziel

in Anlehnung an wissenschaftliche Studien wie z.B. European Diabetes Working Party for Older People 2004

- Alle Diabetiker:
  - **Oberstes Ziel** (unabhängig vom Alter):
    - Prävention von schweren Stoffwechsellentgleisungen
    - Weitestgehende Symptommfreiheit
- Ca. <65 Jahren:
  - Vermeidung der Entwicklung / Progression mikrovaskulärer Veränderungen (Nephropathie, Retinopathie)
    - Ideal: <7%
    - Keinesfalls Zunahme von therapieassoziierten Komplikationen (wie Hypoglykämie)



# HbA1c - Zielwert

- Ca. <65 – 75 Jahren:
  - Reduktion des Risikos für makrovaskuläre Komplikationen (z.B. Myokardinfarkt, PAVK)
  - Zielwert: <7,5% (UKPDS: bei den meisten Patienten kein Profit von zusätzlicher Senkung unter 8%; Ausnahme: Metformin bei jungen Übergewichtigen)
- Ca. >75 Jahren:
  - Symptombfreiheit
  - Zielwert: <8,5%



# Lipidsenkende Therapie

- Wer soll behandelt werden?
- Womit soll behandelt werden?
- Zielvorgaben?



# Lipidsenkende Therapie

- Sekundärprophylaxe – bekannte KHK, pAVK, Insult
  - Jeder (HPS, 4S, CARE, LIPID)
  - Unabhängig von Cholesterinkonzentration
- Primärprophylaxe
  - Erhöhtes kardiovaskuläres Gesamtrisiko = Patienten mit mindestens einem zusätzlichen Risikofaktor
  - Unabhängig von Cholesterinkonzentration



# Lipidsenkende Therapie



- Nutzen belegt
  - Statine:
    - Simvastatin 40 mg, Pravastatin 40 mg (Atorvastatin 10mg, Fluvastatin 80mg kein Nutzen hinsichtlich Gesamtmortalität, koronarer Sterblichkeit und/oder nicht tödlicher Herzinfarkte; Lovastatin keine Studien)
- Unklarer Nutzen
  - Fibrate
  - Kombination Statin und Fibrat
  - Niacin
  - Ezetimab
  - Diät



# Lipidsenkende Therapie

- Keine LDL Zielwerte; keine Dosisanpassung weil
  - keine der großen Interventionsstudien (Statine) ein LDL Ziel vorgab, bzw. davon abhängig eine Dosisanpassung vornahm
  - Studien trotz LDL-Cholesterinsenkung eine erhöhte Gesamtmortalität zeigen

Lousberg TR, Denham AM, Rasmussen JR. A comparison of clinical outcome studies among cholesterol-lowering agents. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 1599-1607.

Studer M, Briel M, Leimenstoll B, Glass TR, Bucher HC. Effect of different antilipidemic agents and diets on mortality. A systematic review. *Arch Intern Med* 2005; 165: 725-730.

Committee of Principal Investigators. WHO cooperative trial on primary prevention of ischaemic heart disease with clofibrate to lower serum cholesterol: final mortality follow-up. *Lancet* 1984; 2: 600-604.