

Exenatide senkt bei Typ 2-Diabetikern HbA_{1c} und Gewicht

Von Exenatide (Byetta®) können Typ 2-Diabetiker mehrfach profitieren: Klinische Daten belegen eine Verbesserung des HbA_{1c}-Wertes und des Gewichts, wie Priv.-Doz. **Matthias Frank**, Saarland Kliniken Neunkirchen, im Rahmen der Tagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Diabetes-Gesellschaft in Berlin berichtete.

GLP-1-Rezeptoragonisten wie Exenatide sorgen für bessere HbA_{1c}-Werte, vermeiden dabei aber Unterzuckerungen. Studiendaten von Typ 2-Diabetikern belegen, dass die Abnahme des HbA_{1c}-Wertes unter Exenatide dauerhaft ist. So sank er von 8,2 % zu Beginn der Untersuchungen innerhalb von drei Monaten um rund 1 %. Diese Verbesserung blieb bis zur 156. Woche stabil (Klonoff DC et al. *Curr Med Res Opin* 2008; 24: 275–286). Außerdem wurde ein Anstieg des HDL-Cholesterins um 24 % beobachtet.

In einer weiteren Studie mit 61 Patienten wurde die Wirkung von Exenatide und des DPP-4-Hemmers Sitagliptin auf die postprandialen Blutzuckerwerte nach einer Standardmahlzeit verglichen. Mit Exenatide fielen die postprandialen Glukosewerte zwei Stunden nach dem Essen signifikant niedriger aus ($p < 0,0001$). Das bestätigte sich auch, als die Patienten zur jeweils anderen Behandlung wechselten.

Exenatide hat in vielen Fällen den Nebeneffekt, dass die damit behandelten Typ-2-Diabetiker zum Abnehmen neigen. Den Vorteil des Präparates für die Gewichtskontrolle zeigen unter anderem Daten über drei Jahre von 217 Patienten. Ausgehend von einem Anfangswert von 99,3 kg ging das Gewicht über die gesamte Zeitspanne langsam, aber kontinuierlich zurück. Im Mittel betrug die Abnahme nach 156 Wochen 5,3 kg.

Eine Abnahme kann Typ 2-Patienten bessere Überlebenschancen bringen: In einer im Jahr 2000 veröffentlichten Studie verringerte eine Gewichtsreduktion bei Typ-2-Diabetikern die Zahl der Sterbefälle um ein Viertel. Dabei sank das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und diabetesbedingte Todesfälle um 28 % (Williamson DF et al. *Diab Care* 2000; 23: 1499–1504).

Hintergrund der vorteilhaften Wirkung auf das Gewicht könnte eine reduzierte Kalorienaufnahme unter Exenatide sein. Darauf weist

eine klinische Untersuchung mit 61 Patienten hin, die mit Sitagliptin oder Exenatide behandelt wurden (DeFronzo RA et al. *Curr Med Res Opin* 2008; 24: 2943–2952). Die Daten zeigen, dass die mit Exenatide behandelten Patienten signifikant weniger Kalorien zu sich nahmen.

Exenatide steht seit dem Jahr 2007 zur Verfügung und wird zweimal täglich injiziert. Inzwischen gibt es auch Daten, die auf einen Schutz der menschlichen Betazellen hinweisen.

Helga Brettschneider, Frankfurt/M.

Quelle: Pressegespräch „GLP-1-basierte Differenzialtherapie: Ein Konzept mit Zukunft“ im Rahmen der DDG-DAG-Tagung am 5. November 2010 in Berlin; Veranstalter: Lilly, Bad Homburg.

Optifast® 52 – Intention-to-treat-Evaluation

Das ärztlich betreute einjährige Therapiekonzept Optifast® 52 für Patienten mit einem BMI über 30 umfasst eine 12-wöchige Formula-Diät in Kombination mit einer Lebensstilmodifikation und ist nach einer Reduktionsphase auf langfristige Gewichtsstabilisierung ausgerichtet. Aktuell wurde das Programm über einen Zeitraum von 8,5 Jahren analysiert und auf der DAG-Tagung im November in Berlin vorgestellt (Ellrott T et al. sowie Bischoff SC et al. *Obes Facts* 2010; 3 (Suppl 1): 10).

Daten von 8296 Teilnehmern aus 37 Zentren. 74 % der Teilnehmer waren Frauen (Alter Ø 42, Gewicht Ø 112 kg). Die mittlere Waist-to-Height Ratio¹ (WHtR) betrug 0,69, der Ausgangs-BMI 40,3 kg/m². Männliche Teilnehmer (Alter Ø 44, Gewicht Ø 137,2 kg) hatten eine Waist-to-Height Ratio von 0,74, einen Ausgangs-BMI von 42,1 kg/m².

In einem Jahr hatten die Frauen, die das Programm bis zum Ende durchliefen, im Durchschnitt 19,6 kg abgenommen, die Männer 26 kg. Die WHtR reduzierte sich auf 0,59 bzw. 0,63. Die Prävalenz des Metabolischen Syndroms wurde um 50 % reduziert. Die Häufigkeit von Bluthochdruck sank von 47 auf 29 %. „Es gibt kein anderes nicht-chirurgisches Programm, mit dem bei morbid Adipösen derartig gute Resultate sowohl auf der Waage als auch

¹ WHtR: Verhältnis Taillenumfang zu Körpergröße; 0,57 entspricht etwa BMI 30.

bei der Reduktion wichtiger medizinischer Begleiterkrankungen erzielt werden,“ betonte Priv.-Doz. **Thomas Ellrott**, Göttingen.

Prof. **Johannes Wechsler**, München, bestätigte den großen Nutzen von Optifast® 52: „Ein solches Konzept, das die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten von stark übergewichtigen Menschen nachhaltig verbessert, reduziert Folgekrankheiten und entlastet damit das Gesundheitssystem.“ Von vielen Krankenkassen wird es sogar bezuschusst. Auf Basis der therapeutischen Erfahrung aus 10 Jahren Praxiseinsatz wurde das Konzept 2010 noch weiter auf die Bedürfnisse der Teilnehmer zugeschnitten. So wurde z. B. die Umstellungsphase verdoppelt und die Anzahl der Sitzungen für Bewegungstherapie und Ernährungsberatung erhöht.

Um einen realistischen Vergleich verschiedener Therapieangebote zu ermöglichen, sollten derartige Intention-to-treat-Evaluationen von allen professionellen Therapieanbietern vorgelegt werden.

Dr. Iris Weiche, Stuttgart

Quelle: Pressekonferenz: „Die Optifast®-Erfolgsgeschichte geht weiter: Neue Daten bestätigen hohen Stellenwert in der Adipositas-Therapie“ im Rahmen der DDG-AG-Tagung am 5. November 2010 in Berlin; Veranstalter: Nestlé HealthCare Nutrition GmbH.

Linagliptin: ein orales Antidiabetikum für alle Fälle?

Die Zulassung des DPP-4-Inhibitors Linagliptin wird mit Spannung erwartet. Das orale Antidiabetikum bietet viele Vorteile und wenig Einschränkungen, das Körpergewicht wird nicht erhöht.

„Obwohl es zahlreiche Therapiemöglichkeiten für Typ 2-Diabetiker gibt, können noch immer nicht alle Patienten optimal behandelt werden“, bedauerte Prof. **Andreas Hamann**, Bad Nauheim, bei einer Veranstaltung von Boehringer Ingelheim auf der DDG-Herbsttagung in Berlin. So benötigten adipöse, herz-, nieren- oder leberkranke Patienten eine spezielle Therapie, ebenso Patienten mit erhöhtem Hypoglykämierisiko oder gastrointestinalen Nebenwirkungen. „Wenig Sorge haben wir nur bei den DPP-4-Inhibitoren, und bei schwer nieren- oder geschädigten Patienten gilt dies nur für Linagliptin“, so Hamann.