

Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Diabetes

Aufgrund der Ergebnisse von ADVANCE², ACCORD³ und VADT⁴ könnten die bisherigen Therapieziele zur Blutglukoseeinstellung bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes im Wesentlichen beibehalten werden, so die Autoren.

Allgemeine Therapieziele

Im Hinblick auf mikrovaskuläre und neuropathische Komplikationen sollte der HbA_{1c}-Wert unter 7% liegen (ADA⁵: Evidenzklasse A; ACC⁶/AHA⁷: Evidenzklasse A/EK I). Kontrollierte, randomisierte Studien zur Verhinderung kardiovaskulärer Ereignisse hätten während der Studienphase (ohne Nachbeobachtung) keine signifikanten Unterschiede zwischen der intensiv und der nach Standard behandelten Gruppe gezeigt. Allerdings sei in der Nachbeobachtungsphase von DCCT⁸ und UKPDS⁹ eine Senkung des HbA_{1c}-Wertes kurz nach Diabetesmanifestation auf 7% oder tiefer mit einer langfristigen Risikoreduktion für kardiovaskuläre Erkrankungen assoziiert. Trotzdem könne an dem allgemeinen HbA_{1c}-Zielwert 7% festgehalten werden (ADA: Evidenzklasse B; ACC/AHA: Evidenzklasse A/EK IIb).

Individuelle Therapieziele

Für einige Patientengruppen sollten jedoch individuelle Therapieziele angestrebt werden. Subgruppenanalysen von DCCT, UKPDS und ADVANCE zeigten in Bezug auf mikrovaskuläre Ereignisse einen geringen, aber signifikanten Vorteil zugunsten normnaher HbA_{1c}-Werte. Bei ausgewählten Patienten sollten daher HbA_{1c}-Werte unterhalb von 7% erwogen werden, sofern dies mit einer akzeptablen Hypoglykämie- und Nebenwirkungsrate erreicht werden könne. Für strengere Therapieziele kämen insbesondere Patienten mit einer kurzen Diabetesdauer, langer Lebenserwartung und ohne kardiovaskuläre Erkrankung in Frage (ADA: Evidenzklasse B; ACC/AHA, Evidenzklasse C/EK IIa). Weniger streng sollten die HbA_{1c}-Werte bei Patienten mit schweren Hypoglykämien, geringer Lebenserwartung, fortgeschrittenen mikro- oder makrovaskulären Erkrankungen oder solchen mit einer langen Diabetesdauer sein, bei denen das Therapieziel trotz Schulung, regelmäßigen Stoffwechselkontrollen und einer Kombinationstherapie mit Antidiabetika einschließlich Insulin nur schwer zu erreichen sei (ADA: Evidenzklasse C; ACC/AHA: Evidenzklasse C/EK IIa).

Primär- und Sekundärprävention

Zur Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen empfehlen die Autoren, den evidenzbasierten Empfehlungen der ADA und AHA zu folgen.

Dr. med. Winfried Keuthage, Münster

Quelle: Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO et al. Intensive Glycemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE and VA Diabetes Trails. Diabetes Care 2009; 32: 187–192