

# DEGAM-Benefits

Ausgewählt und verfasst von Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP, Göttingen

## Senkung des HbA1c „um jeden Preis“ gerät weiter ins Wanken

Einen weiteren Baustein in der Diskussion um das Für und Wider intensiver Blutzuckerkontrollen bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 liefert eine kürzlich veröffentlichte randomisierte, jedoch nicht verblindete Studie bei 1.791 Veteranen der US-Armee. Die Teilnehmer waren um die 60 Jahre alt, hatten ihre Erkrankung seit rund 11 Jahren und waren mit einem HbA1c von 9,4 % und 40 % bereits erlittener kardiovaskulärer Komplikationen schlecht eingestellt.

Behandelt wurden Sie entweder mit Metformin und Rosiglitazon (BMI > 27) oder Glimepid plus Rosiglitazon. Die Intensivgruppe startete mit der maximalen Dosis, die „Normalgruppe“ mit der halben Dosis. Diejenigen in der Intensivgruppe, die nicht das vorgegebene Ziel HbA1c von 6 % erreichten und diejenigen in der Normalgruppe, die nicht unter 9 % kamen, wurden mit zusätzlichem Insulin behandelt. Klinischer Endpunkt war die Zeit bis zum Erreichen eines kardiovaskulären Ereignisses (bestehend u. a. aus Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder Amputation bzw. Tod an einer dieser Erkrankungen).



Nach durchschnittlich 5,6 Jahren Nachverfolgungszeit erreichten die Gruppen einen HbA1c von 6,9 % (Intensivgruppe) bzw. 8,4 % (Normalgruppe). Bezüglich des gewählten Endpunkts (aber auch mikrovaskulärer Komplikationen) ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied. Nun könnte man, wenn man wollte, die eine oder andere methodische Kritik üben (wo-

rauf ich an dieser Stelle verzichte und vielmehr die Lektüre der Arbeit empfehle). Tatsache bleibt, dass die Säule der Senkung des HbA1c „um jeden Preis“ weiter ins Wanken gerät.

Duckworth W. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 360: 129–39

## „Azetylsalizylsäure plus Dipyridamol (Aggrenox) – kein Mittel der ersten Wahl!“

Mit dieser noch zurückhaltenden Überschrift analysiert der letzte „Arzneimittelbrief“ die (fehlenden) wissenschaftlichen Grundlagen für die Leitlinien-Empfehlung der Deutschen Neurologischen Gesellschaft und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft, die Kombination zur Sekundärprophylaxe nach erlittenem Schlaganfall zu verordnen, wenn das Rezidivrisiko bei > 4 %/Jahr liegt.

Der Artikel geht auch auf die kürzlich im „New England Journal of Medicine“ publizierte PROFESS-Studie ein, bei der rund 20.000 Patienten randomisiert mit ASS plus Dipyridamol gegen Clopidogrel behandelt wurden, ohne dass sich signifikante Unterschiede ergaben.

Ein Editorial im selben Heft, das in einer Netzwerk-Metaanalyse alle Studien zu den drei verfügbaren Thrombozytenaggregationshemmer-Präparaten ASS, ASS plus Dipyridamol und Clopidogrel unter die Lupe nimmt, kommt zur einfachen Schlussfolgerung, dass es zwischen diesen Optionen weder klinisch relevan-

te noch statistisch signifikante Wirkungsunterschiede bei der Sekundärprophylaxe nach akutem Schlaganfall gibt. Im Übrigen existieren auch keine Untersuchungen, die es als sinnvoll erscheinen lassen, nach einem unter Thrombozytenaggregationshemmung aufgetretenen Rezidivinsult auf ein anderes Medikament zu wechseln.

N.N. Azetylsalizylsäure plus Dipyridamol (Aggrenox) – kein Mittel der ersten Wahl. *AMB* 2008; 42: 93–96