

Das Erreichen individueller glykämischer Ziele bei Patienten mit T2D: Was sind die wichtigsten Überlegungen?

Haftungsausschluss

- *Nicht zugelassene Produkte oder nicht zugelassene Verwendungen von zugelassenen Produkten können von der Fakultät diskutiert werden; diese Situationen können den Zulassungsstatus in einer oder mehreren Rechtsordnungen widerspiegeln.*
- *Die präsentierende Fakultät wurde von USF Health und touchIME beraten, um sicherzustellen, dass sie alle Hinweise auf eine nicht gekennzeichnete oder nicht zugelassene Verwendung offenlegt.*
- *Durch die Erwähnung nicht zugelassener Produkte oder nicht zugelassener Anwendungen oder deren Verwendung bei Aktivitäten von USF Health und touchIME erfolgt keine Billigung dieser Produkte durch USF Health und touchIME und eine solche Billigung wird auch nicht impliziert.*
- *USF Health und touchIME übernehmen keine Verantwortung für Fehler oder Auslassungen.*

• • • • •
• Ein Gespräch zwischen:



Dr. Joanna Van
Diabetes Research Center
Tustin, CA, USA



Dr. Vincent Woo
Universität von Manitoba
Winnipeg, Manitoba, Kanada

Was sind die Herausforderungen beim Erzielen der Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit T2D und wie können diese überwunden werden?

Dr. Joanna Van



Was sind die wichtigsten Konsequenzen einer schlechten glykämischen Kontrolle?

Schlechte glykämische Kontrolle

Mikrovaskuläre Komplikationen¹



Neuropathie



Retinopathie



Nephropathie

Makrovaskuläre Komplikationen¹



Kardiovaskuläre
Erkrankung



Zerebrovaskuläre
Erkrankung

Schlechte glykämische Kontrolle ist die Hauptursache für diabetesbedingte Komplikationen und Todesfälle und steht in direktem Zusammenhang mit höheren Kosten für die Gesundheitsversorgung, Krankenhausaufenthalte und Medikamente.^{2,3}

Was sind die Hindernisse, um glykämische Ziele zu erreichen?

Patientenbezogen

- Leugnen der Krankheit
- Mangelnde Kenntnisse des voranschreitenden Charakters
- Mangelnde Aufklärung über glykämische Kontrolle
- Angst vor Nebenwirkungen der Behandlung
- Behandlungskosten
- Therapietreue
- Angst vor Nadeln



Klinische Trägheit



Arztbezogen

- Zeitliche Einschränkungen
- Bedenken hinsichtlich der Therapie-/Testkosten
- Reaktive statt proaktive Pflege
- Mangelndes Verständnis neuer Therapien
- Fehlende Anleitung zur individualisierten Therapie



Auf das Gesundheitswesen bezogen

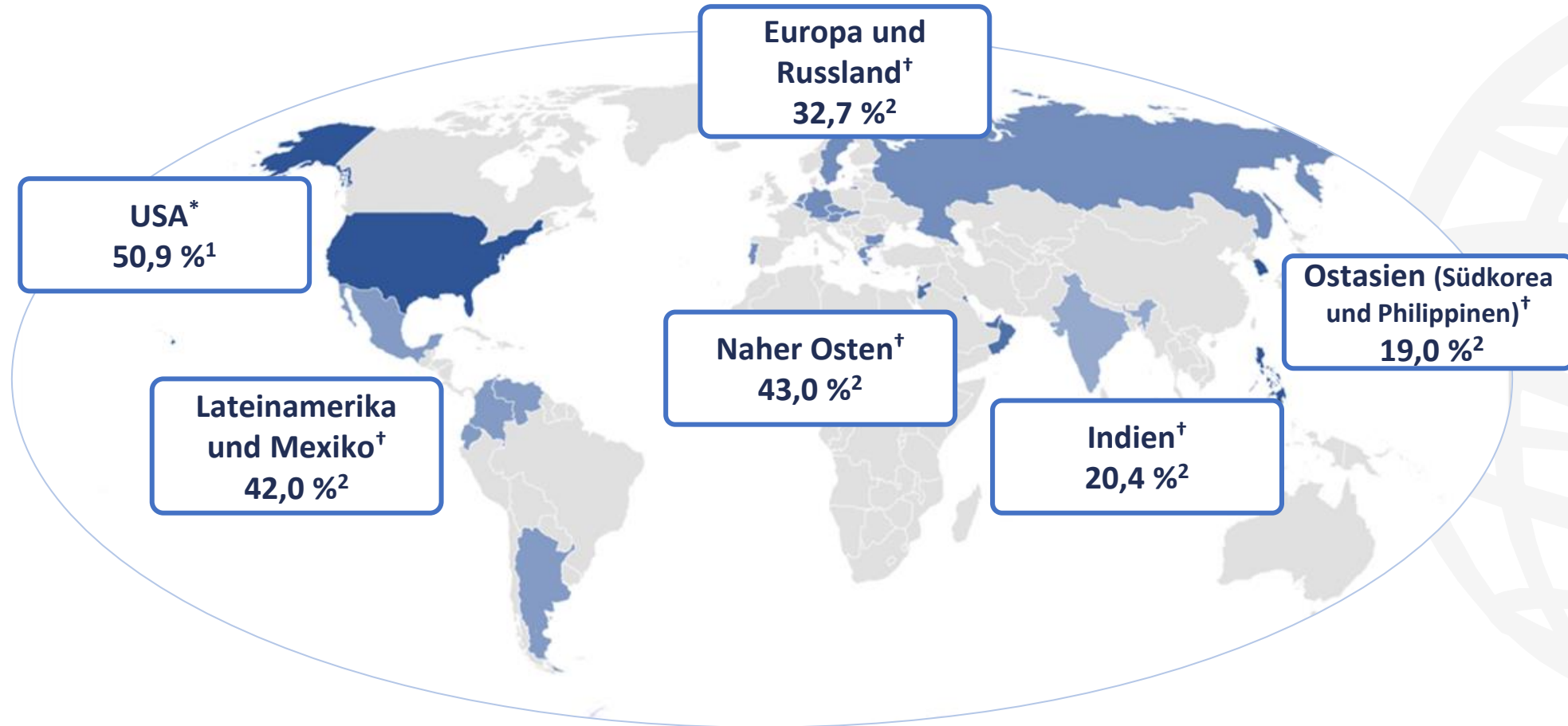
- Keine klinischen Richtlinien
- Keine Besuchsplanung
- Keine aktive Kontaktaufnahme zu Patienten
- Keine Teamarbeit bei der Pflege
- Schlechte Kommunikation zwischen Arzt und Personal

Wie können individuelle glykämische Ziele für Patienten mit T2D in der klinischen Praxis festgelegt und umgesetzt werden?

Dr. Joanna Van



Wie viele Patienten weltweit erreichen A1c-Ziele von <7,0 %?



*Durchschnitt über 3 Jahre; †Durchschnitt über 1 Jahr.

A1c, glykosiliertes Hämoglobin.

1. Carls G, et al. *Diabetes Ther.* 2017;8:863–73; 2. Brath H, et al. *Nutr Diabetes.* 2016;6:e217.

Welche Faktoren beeinflussen die Auswahl eines optimalen A1c-Ziels?



Was sind die optimalen A1c-Ziele für verschiedene Patientengruppen?

Individualisiertes A1c-Ziel

Strenger

7 %

Weniger streng

<7 %

Allgemeines Ziel für nicht schwangere erwachsene Patientinnen ohne signifikante Hypoglykämie¹

<6,5 %

1. Kurze Dauer des Diabetes²
2. Geringere Grade der β -Zell-Dysfunktion²
3. Patienten, denen nur eine Veränderung des Lebensstils empfohlen wird oder die mit Metformin behandelt werden und die eine signifikante Gewichtsverbesserung erreichen²

<7,5 %

1. Patienten mit erhöhtem Hypoglykämierisiko²
2. Erwachsene ≥ 65 Jahre³

<8 – 8,5 %

Erwachsene ≥ 65 Jahre mit gleichzeitiger chronischer Krankheit, kognitiver Beeinträchtigung oder funktionaler Abhängigkeit³

A1c, glykosiliertes Hämoglobin.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44 (Suppl. 1): S73–84; 2. American Diabetes Association. *Clin Diabetes*. 2020;38:10–38; 3. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44 (Suppl. 1):S168–79.

Welche Behandlungsoptionen stehen zur Verfügung, um glykämische Ziele bei Patienten mit T2D sicher zu erreichen?

Dr. Joanna Van



Welche Behandlungen sind verfügbar?

Wenn das A1c-Ziel mit Metformin nach 3 Monaten nicht erreicht wird¹



ASCVD
oder hohes
ASCVD-Risiko



HF oder CKD
überwiegt



Notwendigkeit,
Hypoglykämie
zu reduzieren



Notwendigkeit,
die Gewichts-
zunahme zu
minimieren oder
eine Gewichts-
abnahme zu
fördern



Kosten-
überlegungen

**GLP-1 RA oder
SGLT2i**

SGLT2i

Falls nicht toleriert,
wählen Sie GLP-1 RA
mit CVD-Vorteil

**GLP-1 RA, SGLT2i,
DPP-4i oder TZD**

GLP-1 RA oder SGLT2i

Falls nicht toleriert,
wählen Sie DPP-4i,
basierend auf der
Gewichtsneutralität

TZD oder SU

Falls A1c übermäßig hoch ist, ziehen Sie andere Therapien in Betracht, einschließlich Basalinsulin.

A1c, glykosiliertes Hämoglobin; ASCVD, atherosklerotische kardiovaskuläre Krankheit; CKD, chronische Nierenerkrankung; CVD, kardiovaskuläre Krankheit; DPP-4i, Dipeptidylpeptidase-4-Hemmer; GLP-1, glucagonähnliches Peptid-1; HF, Herzinsuffizienz; RA, Rezeptoragonist; SGLT2i, Natrium-Glukose Kotransporter-2-Hemmer; SU, Sulfonylhurea; TZD, Thiazolidinedion.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44 (Suppl. 1): S111–24.