

# Lipidsenkung bei Diabetes

Dyslipidämie muss bei Patienten mit Diabetes unter allen Umständen behandelt werden, da sich die Risiken nicht addieren, sondern multiplizieren. Das vorliegende Fallbeispiel unterstreicht auch den Stellenwert einer Lebensstilberatung.

**HERR G. IST 61**, Pensionist, verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. In seiner aktiven Zeit war er Zugbegleiter bei der ÖBB.

An früheren Erkrankungen sind bekannt: Masern mit 14 Jahren, Tonsillektomie mit 15a, Appendektomie mit 17a.

Seit zehn Jahren ist ein Typ-2-Diabetes bekannt, allerdings kann vermutet werden, dass die Erkrankung schon länger besteht, da sie erst anlässlich eines Myokardinfarkts erkannt wurde, den Herr G. im Jahr 2008 erlitten hat. Bei dieser Gelegenheit fielen auch eine Hypertonie und eine Lipidstoffwechselförderung auf.

Herr G. ist Nichtraucher, trinkt jedoch nach eigenen Angaben täglich zwei bis drei Seidel Bier und zwei- bis viermal pro Woche mehrere Viertel Wein.

Der Patient ist 176cm groß und wiegt 109kg. Sein BMI beträgt somit 35,2kg/m<sup>2</sup>, der Bauchumfang beträgt 120cm und somit besteht eine Adipositas mit einem ausgeprägten viszeralen Fettverteilungstyp.

Bei seiner Spitalsentlassung nach dem Myokardinfarkt wurde der Patient auf einen Betablocker, einen ACE-Hemmer, ein Thiaziddiuretikum, ein mittelstarkes Statin in Standarddosis, 100mg ASS, 2x 1.000mg Metformin eingestellt. Eine fett- und kohlenhydratreduzierte Ernährung sowie regelmäßige Bewegung wurden ihm empfohlen.

Allerdings lässt die Compliance von Herrn G. zu wünschen übrig. Er gesteht freimütig ein, seine Medikamente öfter einmal zu vergessen, und mit dem Essen, naja, es schmeckt ihm eben. Und Bewegung macht er eigentlich wenig, ab und zu geht er mit seiner Frau spazieren. Und ins Wirtshaus geht er auch immer zu Fuß (allerdings wohnt er 300m von seiner Lieblingsgaststätte entfernt).


Er wurde nun vom Hausarzt wegen seines schlecht eingestellten Diabetes und seiner stark erhöhten Lipide überwiesen. Der letzte Blutbefund: NBZ 123mg/dl, HbA1C 8,1%, Gesamtcholesterin 280mg/dl,

## EINE NUTZEN- RISIKO- ABWÄGUNG GEHT GANZ KLAR ZU GUNSTEN DER STATINE AUS

dl, HDL-C: 35mg/dl, Triglyzeride: 315mg/dl, LDL-C (nach Friedewald errechnet und daher bei diesen Triglyzeridwerten schlecht verwertbar): 182mg/dl. Non-HDL-C (hier der bessere Parameter): 245mg/dl.

Bei genauerer Anamnese stellt sich heraus, dass der Patient sein Statin schon länger gar nicht mehr eingenommen hat. Er wird daraufhin auf ein starkes Statin in Kombination mit Ezetimib eingestellt. Die Diabetestherapie wird durch einen

SGLT2-Hemmer ergänzt. Weiters erhält der Patient gemeinsam mit seiner Gattin eine intensive Lebensstilberatung.

Nach drei Monaten ist das HbA1C auf 7,1% gesunken. Das LDL-C liegt nun bei 110mg/dl, das Non-HDL-C bei 140mg/dl. Der Patient gibt an, nun bewusster und weniger zu essen, den Alkoholkonsum einzuschränken und sich mehr zu bewegen. Er fühlt sich nun auch wesentlich wohler und hat zwei Kilo abgenommen. 

### KOMMENTAR

#### Diabetiker profitieren von Lipidsenkung besonders



Prim. Univ.-Doz. Dr. Otto Traindl

Diabetiker gehören zu jenen Patienten mit dem höchsten kardiovaskulären Risiko. Vor allem der Typ-2-Diabetes geht sehr häufig mit einer Lipidstoffwechselförderung einher. Pathophysiologisch zeigt sich gerade bei Typ-2-Diabetikern eine hohe Rate an kleinen, dichten LDL-Cholesterin-Partikeln, die besonders stark atherogen wirken. In vielen Studien wurde gezeigt, dass gerade Diabetiker im Sinne einer Risikoreduktion besonders stark von einer Lipidsenkung profitieren.

Zu den Daten, dass Statine ein Neuaufreten von Diabetes mellitus begünstigen, ist Folgendes zu sagen: Zwar sind diese Daten korrekt, aber wenn man eine Nutzen-Risiko-Abwägung vornimmt, so geht diese ganz klar zu Gunsten der Statine aus. Mit anderen Worten: Gerade bei der hier diskutierten Klientel der Typ-2-Diabetiker überwiegt der Nutzen einer Lipidsenkung ganz klar.

Und ebenso klar ist, dass eine Dyslipidämie beim Diabetiker unter allen Umständen behandelt werden muss, da sich das Risiko, das durch den Diabetes entsteht, und jenes durch die Dyslipidämie ja nicht addieren, sondern multiplizieren. Und beim hier besprochenen Patienten kommt noch ein st.p. Myokardinfarkt und damit eine manifeste kardiovaskuläre Erkrankung dazu.

Sicherlich bedürfen Patienten mit Typ-2-Diabetes oder metabolischem Syndrom einer sorgfältigen Überwachung ihrer glykämischen Parameter, aber das gilt nicht nur unter einer Statintherapie, sondern allgemein.

Sollte ein Statin vom individuellen Patienten nicht vertragen werden, so lohnt sich der Wechsel auf ein anderes Statin, da die Statin-Nebenwirkungen nicht vorhersehbar sind. Konkret wäre mit einem starken Statin (~55%) plus Ezetimib (~20%) eine LDL-C-Senkung um etwa 75% möglich.

Zu einem PCSK9-Hemmer greift man erst dann, wenn eine sehr ausgeprägte LDL-C-Erhöhung vorliegt, die trotz eines starken Statins (wie z.B. Rosuvastatin oder Atorvastatin) in Höchstdosis (bzw. höchster verträglicher Dosis) plus Resorptionshemmer nicht in den Zielbereich gebracht wird. Dieser liegt bei einem Höchstisikopatienten <70mg/dl.

### Impressum

Verleger, Eigentümer & Herausgeber: Medizin Medien Austria GmbH Geschäftsführung: Thomas Letz  
Chefredaktion: Dr. Hans Wenzl  
Verlagsanschrift: 1120 Wien, Grünbergstraße 15/Stg. 1  
Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe <https://medizin-medien.at/>  
impressum

# Stoffwechsel

Eine gesunde  
Entscheidung  
mit Sandoz



Bis zu  
87% Preis-  
ersparnis\*

GB seit  
1.5.2018



## Rosuvastatin Sandoz®

Als größter Arzneimittelhersteller Österreichs tragen wir maßgeblich zur leistbaren Medikamentenversorgung bei. Mit Rosuvastatin **Sandoz**® bieten wir jetzt die günstige Alternative für Ihre Hypercholesterinämie-Patienten.

- 4 Wirkstärken: 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg
- 30 Stück Monatspackung
- Einnahme unabhängig von Tages- und Mahlzeiten
- bewährte österreichische Qualität

\* gegenüber KVP Crestor®  
(WVZ 04/2018), einer Marke von  
AstraZeneca Österreich GmbH

**SANDOZ** A Novartis  
Division

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Rosuvastatin Sandoz 5 / 10 / 20 / 40 mg - Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 5 / 10 / 20 / 40 mg Rosuvastatin (als Rosuvastatincalcium). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 26 / 53 / 106 / 212 mg Lactose wasserfrei. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein; HMG-CoA-Reduktase-Hemmer; ATC-Code: C10AA07. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Hypercholesterinämie: Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren mit primärer Hypercholesterinämie (Typ IIa einschließlich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie) oder gemischter Dyslipidämie (Typ IIb), zusätzlich zu einer Diät, wenn das Ansprechen auf eine Diät und andere nicht pharmakologische Maßnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind. Homozygote familiäre Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer Diät und anderen lipidsenkenden Maßnahmen (z.B. LDL-Apherese) oder wenn solche Maßnahmen nicht geeignet sind. **Vorbeugung von kardiovaskulären Ereignissen:** Vorbeugung von kardiovaskulären Ereignissen bei Patienten mit einem hohen Risiko für ein erstmaliges kardiovaskuläres Ereignis, in Verbindung mit der Behandlung von anderen Risikofaktoren. **Gegenanzeigen:** Rosuvastatin Sandoz ist kontraindiziert: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; bei Patienten mit aktiver Lebererkrankung, einschließlich einer ungeklärten andauernden Erhöhung der Serum-Transaminasen sowie jeglicher Erhöhung der Serum-Transaminasekonzentration auf mehr als das Dreifache des oberen Normalwertes (ULN); bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Creatinin Clearance <30 ml/min); bei Patienten mit Myopathie; bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin erhalten; während der Schwangerschaft und Stillzeit und bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine geeigneten kontrazeptiven Maßnahmen anwenden. Die 40 mg Dosis ist bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse kontraindiziert. Solche Faktoren beinhalten: mäßige Nierenfunktionsstörung (Creatinin Clearance <60 ml/min), Hypothyreose, erbliche Muskelerkrankungen in der Eigen- / Familienanamnese, bereits in der Anamnese mit einem anderen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer oder einem Fibrat aufgetretene muskuläre Toxizität, Alkoholmissbrauch, Situationen, in denen erhöhte Plasmakonzentrationen auftreten können, asiatische Patienten, gleichzeitige Anwendung von Fibraten. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose, wasserfrei, hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfrei, mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Talkum, Natriumstearylfumarat. **Tablettenhülle:** Hypromellose, Mannitol (E421), Macrogol 6000, Talkum, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172). **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezept-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 02/2017

Erstellungsdatum: 03/2018 | CVS/SDZ/2018/4/4