

Neues aus der Cochrane-Library



Orale Antidiabetika zusätzlich zum Insulin?

Bei Typ-2-Diabetes-Patienten, die unter Insulin keine genügende Blutzuckerkontrolle erreichen, stellt sich die Frage, ob diese von zusätzlichen oralen Antidiabetika (OAB) profitieren können. In einem systematischen Review wurden zu dieser Fragestellung 37 randomisiert-kontrollierte Studien berücksichtigt (n=3227), die den Effekt auf die Blutzuckerkontrolle einer Insulin-Monotherapie vs. Insulin plus OAB, wie Sulfonylharnstoff, Metformin, Pioglitazon, Alpha-Glukosidasehemmer oder DPP-4-Hemmer, untersuchten. Dabei zeigte sich durch den OAB-Zusatz durchwegs ein positiver Effekt auf die glykämische Kontrolle (HbA1c -0,4 bis -1%) wie auch auf den Insulinbedarf. Bei Sulfonylharnstoffen traten allerdings vermehrt Hypoglykämien auf, und gleichzeitig das Gewicht unter Kontrolle zu behalten, war in dieser Studienauswahl nur unter der Kombination mit Metformin möglich. Evidenzlevel: tief.

Vos RC, van Avendonk MJP, Jansen H, et al.: Insulin monotherapy compared with the addition of oral glucose-lowering agents to insulin for people with type 2 diabetes already on insulin therapy and inadequate glycaemic control. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9: CD006992.

Tibolon gegen klimakterische Beschwerden

Tibolon ist ein synthetisches Steroid, das zur Linderung von Östrogenmangel-bedingten Symptomen bei peri- und postmenopausalen Frauen eingesetzt wird. Wie hoch die Sicherheit und Wirksamkeit von Tibolon ist, wurde in einem systematischen Review untersucht. Dazu wurden 46 randomisiert-kontrollierte Studien (n=19976) analysiert, die Tibolon vs. Placebo, Östrogene und/oder kombinierte Hormontherapie (HT) verglichen hatten. In Bezug auf vasomotorische Symptome erwies sich Tibolon im Vergleich zu Placebo als wirksamer, aber weniger wirksam als HT. Zwischenblutungen traten unter Tibolon häufiger auf als unter Placebo, aber seltener als unter HT. Bezüglich Langzeit-Nebenwirkungen (Follow-up zwei bis drei Jahre) erhöhte Tibolon im Vergleich zu Placebo das Brustkrebsrezidivrisiko bei Frauen mit Brustkrebsanamnese, ebenso das Schlaganfallrisiko bei Frauen über 60 Jahre. Im Vergleich zu HT zeigte sich bezüglich Langzeit-Nebenwirkungen kein Unterschied. Evidenzlevel: moderat bis tief.

Formoso G, Perrone E, Maltoni S, et al.: Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 10: CD008536.

Bisphosphonate bei Steroid-induzierter Osteoporose

Glukokortikosteroide werden bei entzündlichem Geschehen immunsuppressiv breit eingesetzt, und eine der Langzeit-Nebenwirkungen besteht in einem Knochenmasseverlust. Inwieweit der gleichzeitige Einsatz von Bisphosphonaten diesem Verlust vorbeugt, wurde in einem systematischen Review 1999 analysiert, der 2016 aktualisiert wurde. 27 randomisiert-kontrollierte Studien (n=3075) zur Prävention oder Behandlung von Glukokortikosteroid-induzierter Osteoporose bei Patienten unter Steroidtherapie von mind. 0,5 mg/d plus Bisphosphonat mit oder ohne Kalzium oder Vitamin D3 vs. Steroid-Kontrollgruppe mit Kalzium oder Vitamin D3 wurden für die Analyse berücksichtigt. Gemäss den gepoolten Daten traten unter Bisphosphonatzusatz bei 44 von 1000 Personen neue Wirbelfrakturen (Zeitraum 12–24 Monate) auf, in der Kontrollgruppe bei 77 auf 1000 Personen. Die NNTB (Number Needed to Benefit) betrug 31. Non-vertebrale Frakturen ereigneten sich unter Bisphosphonaten bei 42 auf 1000 Personen, während in der Kontroll-Gruppe 55 auf 1000 Personen solche erlitten. Die Knochendichte an Lendenwirbelsäule bzw. Schenkelhals blieb unter Bisphosphonaten im Gegensatz zur Kontrollgruppe nach zwölf Monaten stabil oder stieg an (+3,5% bzw. +2%, NNTB 3 bzw. 5). Um also einem Knochendichteverlust und Wirbelfrakturen vorzubeugen, ist der Bisphosphonat-Einsatz bei Patienten unter Glukokortikoid-Therapie aufgrund dieser Resultate sinnvoll. Evidenzlevel: moderat bis hoch.

Allen CS, Yeung JHS, Vandermeer B, Homik J: Bisphosphonates for steroid-induced osteoporosis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 10: CD001347.

Stützstrümpfe im Flugzeug nützlich

Um das Risiko von tiefen Venenthrombosen (TVT) zu mindern, ist das Tragen von Stützstrümpfen auf längeren Flügen empfohlen. Was es nützt, wurde in einem systematischen Review erstmals 2006 untersucht, der 2016 aktualisiert wurde. Elf randomisierte Studien (Kompressionsstrümpfe vs. keine Kompressionsstrümpfe auf Flügen über fünf Stunden) (n=2906) wurden eingeschlossen. 50 Passagiere erlitten eine asymptomatische TVT, davon trugen 47 keine Kompressionsstrümpfe. 16 von 1804 Passagieren (drei Studien) entwickelten oberflächliche Venenthrombosen, davon trugen 12 keine Kompressionsstrümpfe. Die Evidenz, dass das Tragen von Stützstrümpfen auf längeren Flügen die TVT-Inzidenz reduziert, ist gut. Weniger gute Evidenz gibt es beim Effekt auf Ödeme, das Tragen von Kompressions-

strümpfen reduzierte die Ödembildung jedoch signifikant. Evidenzlevel: hoch bzw. tief.

Clarke MJ, Broderick C, Hopewell S, Juszczyk E, Eisinga A: Compression stockings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016; 9: CD004002.

D-Dimer zum Ausschluss einer Lungenembolie

Wandernde Thromben können zu einer Lungenembolie führen. Postoperative oder lange Zeit immobilisierte Patienten, Krebspatienten und Schwangere haben ein höheres Risiko für Lungenembolien. Die Symptome sind unbestimmt, äussern sich aber meist in Atembeschwerden, Thoraxschmerzen und erhöhter Atemfrequenz. Ob der schnelle und einfache D-Dimer-Test, der ein bei Gerinnsel-Ruptur freigesetztes Protein nachweist, eine akute Lungenembolie ausschliessen kann, wurde in einem systematischen Review analysiert. Darin wurden vier Studien (n=1585) berücksichtigt, deren Teilnehmer symptomatisch waren, eine erhöhte Vortestwahrscheinlichkeit hatten und noch nicht antikoaguliert waren. Der D-Dimer-Test zeigte in allen vier Studien eine hohe Sensitivität von 80 bis 100 %, verzeichnete aber viele falsch-positive Resultate, speziell bei über 65-Jährigen. Die Spezifität lag bei 23 bis 65 %. Auf einen positiven D-Dimer-Test sollte demnach eine Bildgebung folgen. Ein negativer D-Dimer-Test schliesst eine Lungenembolie bei einem Notfallpatienten, der eine tiefe Vortestwahrscheinlichkeit hat, dagegen verlässlich aus. Evidenzlevel: limitiert.

Crawford F, Andras A, Welch K, Sheares K, Keeling D, Chappell FM: D-dimer test for excluding the diagnosis of pulmonary embolism. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016; 8: CD010864.

Vitamin D zur Asthmathherapie

Es gibt zahlreiche Studien, die Vitamin D bei Asthmapatienten eine Reduktion von Anfällen und eine Verbesserung der Asthmakontrolle attestieren. Ein Metaanalyse über sieben doppelblind-randomisierte, kontrollierte Studien mit 485 Kindern und 658 Erwachsenen mit mildem bis moderatem Asthma überprüfte die Wirksamkeit betreffend Risikoreduktion von Exazerbationen sowie Linderung der Symptome. Es zeigte sich, dass Vitamin D die Rate an Exazerbationen, die den Einsatz von systemischen Kortikosteroiden erforderlich machten, sowie das Risiko eines spitalpflichtigen Asthma-Anfalls um etwa die Hälfte senkte. Auf Lungenfunktion oder Asthmasymptome hatte Vitamin D jedoch keinen Einfluss. Ob der positive Effekt auf die Exazerbationen auf Patienten mit niedrigem Vitamin-D-Spiegel beschränkt ist, bleibt unklar. Auf Patienten mit schwerem Asthma sind diese Resultate nicht übertragbar, da sie in den Studien unterrepräsentiert waren. Evidenzlevel: hoch.

Martineau AR, Cates CJ, Urashima M, et al.: Vitamin D for the management of asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9: CD011511.

Zusammenfassungen: Valérie Herzog
Herausgeber: Dr. med. Erik von Elm, Cochrane Schweiz
swiss.cochrane@chuv.ch

Dank der Unterstützung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, des Bundesamtes für Gesundheit und der Universitätsbibliotheken sind alle Cochrane-Reviews für jeden Interessierten in der Schweiz frei zugänglich und können unter <http://www.cochranelibrary.com> abgerufen werden.