

Multidisziplinäre Einblicke in die Rolle von GLP-1 RA bei der modernen Behandlung von Schlaganfall

bei Patienten mit T2D



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 touchIME und USF Health erfolgt keine Billigung dieser Produkte durch touchIME und USF Health und eine solche Billigung wird auch nicht impliziert
- USF Health und touchIME lehnen jegliche Verantwortung für Fehler oder Auslassungen ab

Expertenpodium









Prof. Tina Vilsbøll Klinische Professorin, Steno Diabetes Center Kopenhagen und Universität von Kopenhagen, Dänemark

Dr. Yassir JavaidKoordinator für
kardiovaskuläre Medizin
und Diabetes, Nene CCG,
Northamptonshire,
Vereinigtes Königreich

Prof. Georgios K Tsivgoulis
Professor und Vorsitzender der
zweiten Abteilung für
Neurologie, Nationale und
Kapodistrias-Universität,
Griechenland

Frau Hyvelle Ferguson-Davis
Patientenfürsprecherin,
Überlebende eines Schlaganfalls
und Person, die mit T2D lebt,
Florida, USA



Nachweis, dass GLP-1 RA das Auftreten von Schlaganfällen bei T2D reduziert (1/2)

Teilnehmer/innen (N)

Auswirkungen auf das Schlaganfallrisiko

RFWIND^{1,2}

Dulaglutid im Vergleich zu PBO

9.901

↓ 24 % nicht tödlicher Schlaganfall (HR 0,76, p=0,017)

- **↓ 25** % ischämischer Schlaganfall (HR 0,75, p=0,012)
- **↓ 12** % nicht tödlicher Schlaganfall und Gesamtmortalität (HR 0.88, p=0.017)
- **↓ 26** % schlaganfallbedingte Behinderungen (HR 0,74, p=0,042)

Vorteile beim Schlaganfallrisiko waren unabhängig von der Vorgeschichte eines Schlaganfalls/TIA

(P_{Wechselwirkung}=0,83)

SUSTAIN-6^{3,4}

Semaglutid SC im Vergleich zu PBO

3.297

↓ 39 % nicht tödlicher Schlaganfall (HR 0,61, p=0,04)

Vorteile beim Schlaganfallrisiko waren unabhängig von der Vorgeschichte eines Schlaganfalls/MI (P_{Wechselwirkung}=0,75)

Post-hoc-Analyse

Studie

SUSTAIN-6 und PIONEER-6⁵

Semaglutid SC/oral im Vergleich zu PBO

Cardiovasc Diabetol, 2019:18:73: 5. Strain WD. et al. Stroke, 2022:53:2749-57.

6.480



Vorteile beim Schlaganfallrisiko waren unabhängig von der Vorgeschichte eines Schlaganfalls/MI

(P_{Wechselwirkung}=0,41)

GLP-1 RA, glucagon-ähnlicher Peptid-1-Rezeptor-Agonist; HR, Hazard Ratio; MI, Myokardinfarkt; PBO, Placebo; SC, subkutan; T2D, Typ-2-Diabetes; TIA, transienter ischämischer Anfall. 1. Gerstein HC, et al. Lancet. 2019;394:121-30; 2. Gerstein HC, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8:106-14; 3. Marso SP, et al. N Engl J Med. 2016;375:1834-44; 4. Leiter LA, et al.

Nachweis, dass GLP-1 RA das Auftreten von Schlaganfällen bei T2D reduziert (2/2)

Teilnehmer/innen (N)

Auswirkungen auf das Schlaganfallrisiko

Sieben CVOT1

Albiglutid, Dulaglutid, Exenatid, Liraglutid, Lixisenatid oder Semaglutid im Vergleich zu PBO

56.004

↓ 15 % nicht tödlicher Schlaganfall (HR 0,85, p=0,002)

★ tödlicher Schlaganfall (HR 0,81, p=0,150)

↓ 16 % Schlaganfall gesamt (HR 0,84, p=0,001)

Acht CVOT²

Albiglutid, Dulaglutid, Exenatid, Liraglutid, Lixisenatid oder Semaglutid im Vergleich zu PBO

56.251

↓ 16 % nicht tödlicher Schlaganfall (Sieben RCT; OR 0,84, p=0,002)

★ tödlicher Schlaganfall (Fünf RCT; OR 0,82, p=0,17)

↓ 16 % Schlaganfall gesamt (Fünf RCT; OR 0,84, p=0,001)

Vorteile beim Schlaganfallrisiko waren unabhängig von der Vorgeschichte eines Schlaganfalls/MI (Zwei RCT; OR 0,87, p=0,33)

Acht CVOT³

Albiglutid, Dulaglutid, Efpeglenatid, Exenatid, Liraglutid, Lixisenatid oder Semaglutid im Vergleich zu PBO

60.080

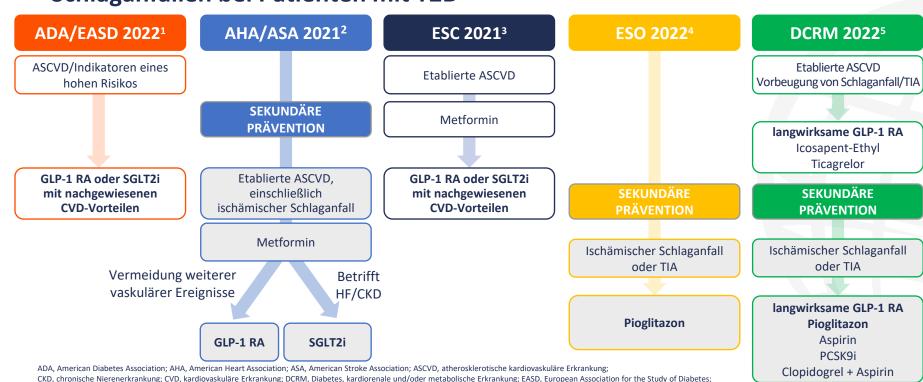
↓ 16 % nicht tödlicher Schlaganfall (HR 0,84, p=0,007)

CVOT, Studie zu kardiovaskulären Ergebnissen; GLP-1 RA, glucagon-ähnlicher Peptid-1-Rezeptor-Agonist; HR, Hazard Ratio; MI, Myokardinfarkt; OR, Odds-Ratio; PBO, Placebo; RCT, randomisierte kontrollierte Studie; T2D, Typ-2-Diabetes.

1. Bellastella G, et al. Stroke. 2020;51:666–9; 2. Malhotra K, et al. J Neurol. 2020;26:2117–22; 3. Giugliano D, et al. Cardiovasc Diabetol. 2021;20:189.



Leitlinienempfehlungen für den Einsatz von GLP-1 RA zur Behandlung von Schlaganfällen bei Patienten mit T2D



ADA, American Diabetes Association; AHA, American Heart Association; ASA, American Stroke Association; ASCVD, atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung; CKD, chronische Nierenerkrankung; CVD, kardiovaskuläre Erkrankung; DCRM, Diabetes, kardiorenale und/oder metabolische Erkrankung; EASD, European Association for the Study of Diabetes; ESC, Europäische Gesellschaft für Kardiologie; ESO, European Stroke Organisation (europaweite Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern sowie nationalen und regionalen Schlaganfall-Gesellschaften); GLP-1 RA, glucagon-ähnlicher Peptid-1-Rezeptor-Agonist; HF, Herzinsuffizienz; PCSK9i, Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9 Inhibitor; SGLTZi, Natrium-Glukose-Cotransporter-2-Inhibitor; T2D, Typ-2-Diabetes; TIA, transienter ischämischer Anfall.

4. Dawson J, et al. Eur Stroke J. 2022;7:I-II; 5. Handelsman Y, et al. J Diabetes Complications. 2022;26:108101.



^{1.} Davis MJ, et al. Diabetologia. 2022:doi: 10.1007/s00125-022-05787-2; 2. Kleindorfer DO, et al. Stroke. 2021;52:e364-467; 3. Visseren FLJ, et al. Eur Heart J. 2021;42:3227-337;