

Minerva bracht de cardiovasculaire risico's van rosiglitazon reeds verschillende malen onder de aandacht van de lezers. Een eerste meta-analyse was gebaseerd op gepubliceerde en niet-gepubliceerde studies. Deze toonde aan dat bij diabetes type-2 patiënten rosiglitazon een groter risico gaf voor myocardinfarct en waarschijnlijk ook voor cardiovasculaire sterfte dan placebo of een ander oraal antidiabeticum¹. Een tweede meta-analyse met een striktere methodologie bevestigde deze resultaten en toonde eveneens aan dat het risico van hartfalen stijgt (RR 2,09; 95% BI van 1,52 tot 2,88; $p < 0,001$)². Minerva besprak in 2008 de ACCORD-studie³. Met een intensieve behandeling (voor 90% met rosiglitazon) was het overlijdensrisico groter dan met een minder intensieve behandeling. Voornamelijk op basis van deze laatste studie vermelden de American Diabetes Association (ADA) en de European Association for the Study of Diabetes (EASD) in hun laatste consensustekst dat rosiglitazon geen plaats meer heeft bij de aanpak van diabetes type-2. Volgens deze consensus is de baten/risicoverhouding niet gunstig en zijn er andere therapeutische keuzes beschikbaar⁴. Voor pioglitazon is dit risico niet aangetoond⁵.

In 2008 verscheen een cohortonderzoek bij Amerikaanse 65-plussers⁶ waaruit blijkt dat ook het risico van mortaliteit door eender welke oorzaak groter is met rosiglitazon dan met pioglitazon (15% meer mortaliteit; 95% BI van 5 tot 26%). Hetzelfde geldt voor het risico van congestief hartfalen (13% meer risico; 95% BI van 1 tot 26%). De auteurs vermelden

Een consensus van internationale diabetesverenigingen beveelt aan om niet langer rosiglitazon voor te schrijven omwille van de risico's en de beschikbare alternatieven. Dit bevestigt de conclusies van vroegere Minervabesprekingen en andere recent gepubliceerde gegevens.

dat de resultaten gecorrigeerd werden voor talrijke patiëntkenmerken, zonder te specificeren over welke van de onderzochte kenmerken het hier precies gaat (diabetescomplicaties, andere pathologieën, cardiovasculaire procedures, gebruik van cardiovasculaire geneesmiddelen of van antidiabetica).

Referenties

1. Chevalier P. De cardiovasculaire risico's van rosiglitazon. *Minerva* 2007;6(8):126-7.
2. Chevalier P. Rosiglitazon: bevestiging van het cardiovasculaire risico. *Minerva* 2008;7(3):48.
3. Chevalier P, Wens J. Intensiteit van glykemiecontrole en cardio-(micro- en macro-)vasculair risico. *Minerva* 2008;7(7):108-9.
4. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al; American Diabetes Association; European Association for Study of Diabetes. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
5. Chevalier P. Pioglitazon: cardiovasculair risico vergeleken met rosiglitazon en andere orale antidiabetica. *Minerva* 2008;7(1):2-3.
6. Winkelmayr WC, Setoguchi S, Levin R, Solomon DH. Comparison of cardiovascular outcomes in elderly patients with diabetes who initiated rosiglitazone vs pioglitazone therapy. *Arch Intern Med* 2008;168:2368-75.