

«Jetzt sehen wir die Dinge klarer»

ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten als erste Wahl in der Hypertonietherapie

Für die Richtlinien zur Hypertonietherapie sind demnächst Änderungen zu erwarten. Wir sprachen darüber mit Prof. Dr. med. Frank Ruschitzka vom Universitätsspital Zürich.

ARS MEDICI: Ist in der Hypertonietherapie – abgesehen von einer leichten Anpassung der Zielwerte – nicht eigentlich längst alles klar?

Prof. Dr. med. Frank Ruschitzka: Nein, es ist sogar heute ein bisschen schwieriger geworden, weil wir es uns in der Vergangenheit etwas zu einfach gemacht hatten. In der Annahme, alle Medikamente seien mehr oder minder gleichwertig bei der Blutdrucksenkung, hat kaum jemand eine Differenzialtherapie durchgeführt. Die Vorstellung «Hauptsache der

den Studien ASCOT und ACCOMPLISH als wirksame Partner der ACE-Hemmer erwiesen haben. Mein Vorschlag, die Guidelines auf den Punkt zu bringen, ist ACS – ACE-Hemmer plus Kalziumantagonist plus Statin. Wir sollten auf keinen Fall die anderen kardiovaskulären Risikofaktoren ausser Acht lassen und immer auch nicht medikamentöse Therapien mit dem Patienten besprechen.

ARS MEDICI: Und was ist mit Betablockern, Diuretika und den Sartanen?

Ruschitzka: Die wird man weiterhin brauchen, aber eben nicht als Medikamente der ersten Wahl. Es ist natürlich nach wie vor keine schlechte Idee, die Sympathikusaktivität mittels Betablocker zu dämpfen, nur das Atenolol sollte man nicht mehr als Betablocker der ersten Wahl verwenden. Auch die Volumenkontrolle ist selbstverständlich wichtig, und darum werden Diuretika sicher ihren Stellenwert in der Hypertonietherapie behalten. Aber nicht alle Diuretika sind gleich. Gut ist das Chlortalidon, gut ist das Indapamid. Bedenken habe ich dagegen beim Hydrochlorothiazid, für das die Datenlage weniger günstig ist.

Sartane sind für mich nur eine Reserve, wenn der ACE-Hemmer nicht vertragen wird. Die

Studien sprechen ganz klar für die Kombination von ACE-Hemmern mit Kalziumantagonisten. Hingegen gibt es keine

«Es wäre naiv zu glauben, dass wir eine Hypertonie mit einem einzigen Medikament in den Griff bekommen sollten.»

Blutdruck geht herunter, egal womit, und Hauptsache mein Patient verträgt es gut» ist überholt. Auch die Firmen haben das unterstützt und in ihrem Marketing die Unterschiede der Wirkmechanismen zwischen den verschiedenen Medikamenten verwischt. Die verschiedenen Substanzen senken zwar alle den Blutdruck, aber das ist auch beinahe schon alles, was sie gemein haben. Die Blutdruckregulation ist relativ komplex, und an der Hypertonie sind viele Mechanismen gleichzeitig beteiligt. Darum gelingt es auch selten, eine Hypertonie mit einer einzigen Substanz in den Griff zu bekommen. Die komplexen Mechanismen der Blutdruckregulation rufen geradezu nach einer Kombinationstherapie.

ARS MEDICI: Welche Blutdrucksenker sollte man Ihrer Ansicht nach kombinieren?

Ruschitzka: ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten. Die ACE-Hemmer sind gut belegt, insbesondere Perindopril, Ramipril und Benazepril. Natürlich sind auch ACE-Hemmer nicht perfekt. Es gibt Patienten, die husten müssen, und einige bekommen Angioödeme. Aber trotzdem sind ACE-Hemmer vielleicht das Beste, was wir für die Hypertonietherapie derzeit haben. In der Kombinationstherapie ist die Datenlage am besten für die Kalziumantagonisten, die sich insbesondere in

«ACE-Hemmer sind vielleicht das Beste, was wir für die Hypertonietherapie derzeit haben, und in der Kombinationstherapie ist die Datenlage am besten für die Kalziumantagonisten.»

Outcome-Studien mit klinisch relevanten Endpunkten für die Kombination aus Sartan und Kalziumantagonist. Sicher sind die Sartane ganz gut, wenn es um die Reduktion der Hirnschläge geht, aber es gab auch hier Rückschläge, wie in den Studien PROFESS und in SCARS. In beiden Studien verfehlten die Sartane den primären Endpunkt. Beunruhigend ist jedoch vor allem, dass Sartane das Myokardinfarkttrisiko nicht senken, sondern dieses Risiko sogar um 8 Prozent erhöhen, wie wir bereits in einer Metaanalyse 2009 zeigen konnten.



Zur Person

Prof. Dr. med. Frank Ruschitzka ist Leitender Arzt an der Klinik für Kardiologie am Universitätsspital Zürich.

ARS MEDICI: Aber haben die Sartane denn nicht doch gewisse Vorteile bezüglich Niereninsuffizienz und Diabetes?

Ruschitzka: In den Studien RENAAL und IDNT reduzierten Sartane die Proteinurie – aber die Studien waren leider zu klein, um Aussagen über das kardiovaskuläre Outcome zu machen. Und in der ROADMAP-Studie senkte Olmesartan den Blutdruck und reduzierte die Proteinurie, trotzdem zeigte sich die kardiovaskuläre Mortalität unter Olmesartan im Vergleich zu Plazebo deutlich erhöht. Ähnliches gilt für den

Diabetes. Valsartan reduzierte in der NAVIGATOR-Studie die Inzidenz von Diabetes, trotzdem gab es nach 6 Jahren keinerlei Benefit im kardiovaskulären Outcome.

«Mein Vorschlag: ACE-Hemmer plus Kalziumantagonist plus Statin.»

ARS MEDICI: Sind die aktuellen Hypertonie-Guidelines also hinfällig?

Ruschitzka: Die neuen JNC-Hypertonie-Guidelines* erwarten wir bereits für dieses Jahr, die des ESC* für 2013. Wir sehen jetzt einige Dinge zunehmend klarer, und ich erhoffe mir von diesen neuen Guidelines klarere Aussagen zum Zielblutdruckwert und zur Datenlage der ACE-Hemmer, insbesondere in Kombination mit den Kalziumantagonisten. Wir haben gute, preiswerte Medikamente und sollten unsere Hypertoniker mit massvollen Blutdruckzielwerten behandeln. ❖

Die Fragen stellte Renate Bonifer.

*JNC: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, USA; ESC: European Society of Cardiology.