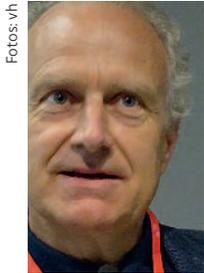


Hypertonie und Hyperlipidämie

Tiefe Werte als hohes Ziel

Hypertonie und Hyperlipidämie, beides Risikofaktoren für kardiovaskuläre Ereignisse, kommen häufig gemeinsam vor. Wie diese auch zusammen behandelt werden können, war am Satellitensymposium von Servier anlässlich der SGK-Kongresses zu erfahren.



Fotos: vh

Prof. François Mach

In Europa träten Bluthochdruck und Dyslipidämie bei der Hälfte der Patienten gleichzeitig auf, in den USA und im Mittleren Osten noch häufiger, erklärte Prof. François Mach, Kardiologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genf. Das ist insofern besorgniserregend, als dass sich das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse von 3 Prozent mit Hypertonie auf 6 Prozent mit Hypertonie plus Hyperlipidämie verdoppelt (1). Die Inzidenz für beide Erkrankungen ist mit steigendem Alter zunehmend (2). Eine Senkung der erhöhten Cholesterin- und Blutdruckwerte hat in der Vergangenheit hinlänglich gezeigt, dass damit auch kardiovaskuläre Ereignisse reduziert werden können. Eine Kombination aus einem Statin und einem Antihypertensivum könne das Risiko in der Primär- wie auch in der Sekundärprävention senken, ist Mach überzeugt.

LDL-Cholesterin-Werte senken

Die Evidenz ist eindeutig. Der Nutzen einer LDL-Cholesterin-Senkung mit Statinen in Bezug auf die Vermeidung von vaskulären Todesfällen überwiegt das Risiko für schwere Nebenwirkungen in allen Studien, wie ein Review gezeigt hat (3). Auch bezüglich sonstiger Nebenwirkungen ist der Ruf schlechter als das potenzielle Risiko dies erlauben müsste. Denn das Risiko für eine Neuentwicklung von Diabetes unter Statinen beträgt 0,1 Prozent, mit metabolischem Risiko etwas mehr. Muskuläre Symptome unterlägen auch einem Nozeboeffekt, Leberschäden seien sehr selten, ein Anstieg von hämorrhagischem Hirnschlag in Studien sei nicht bestätigt, sagte Mach, Erstautor eines Reviews der European Society of Cardiology, zu diesem Thema (4). Zu Machs Bedauern liegen die Guidelines betreffend Cut-off für eine primärpräventive Behandlung nicht auf der gleichen Linie. Insbesondere die europäische habe nicht so strikte Grenzwerte. Gemäss den amerikanischen, kanadischen und britischen Guidelines würden beispielsweise in der dänischen Bevölkerung mit einer moderaten bis intensiven Statinbehandlung zwischen 17 und 34 Prozent an kardiovaskulären

Ereignissen pro Jahr vermieden, während dies nach den europäischen Guidelines nur bei 8 bis 13 Prozent der Fall wäre. Das errechnete die Copenhagen General Population Study anhand 45 750 Personen zwischen 40 und 75 Jahren, ohne vorherige Statintherapie oder atherosklerotische kardiovaskuläre Ereignisse (5). Eine moderate bis intensive Statintherapie sollte gemäss Mach mit Atorvastatin 40 bis 80 mg/Tag oder Rosuvastatin 20 bis 40 mg/Tag durchgeführt werden.

In der Behandlung beider kardiovaskulären Risikofaktoren, Hyperlipidämie und Hypertonie, hat sich gemäss Mach die Fixkombination Atorvastatin/Amlodipin/Perindopril bewährt. In der ASCOT-LLA-Studie konnten durch die Statinzugabe bei hypertensiven Patienten die kardiovaskulären Ereignisse im Vergleich zu Placebo wie auch zu Atorvastatin/Atenolol/Thiazid signifikant reduziert werden (6).

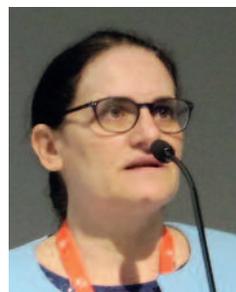
Fixkombinationen seien den einzelnen Komponenten vorzuziehen, betonte Mach, denn das verbessere die Adhärenz.

Die Blutdruckgrenzwerte betrügen dabei gemäss der Schweizerischen Hypertoniegesellschaft 140/90 mmHg (7), erklärt PD Dr. med. Isabella Sudano, Kardiologie, Universitätsspital Zürich, Präsidentin der Schweizerischen Hypertoniegesellschaft. Diese Grenzwerte wurden inzwischen auch durch die neuen europäischen Guidelines (8) im Gegensatz zu den amerikanischen (9), die auf 130/80 mmHg herabgesetzt wurden, erneut bestätigt. Um die Zielwerte zu erreichen, sind zu Beginn Zweierkombinationen einzusetzen: Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (ACE-Hemmer oder Sartane) plus Kalziumantagonisten oder Diuretika. Falls nötig, kann im weiteren Verlauf eine Dreierkombination der genannten Substanzklassen zum Einsatz kommen, um die Blutdruckziele zu erreichen (8).

Valérie Herzog

Quelle: «Aim high, go low: how shall we improve blood pressure control?», Satellitensymposium von Servier anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Herzchirurgie, 6. bis 8. Juni 2018 in Basel.

Die Referenzen finden Sie am Ende der Online-Version unseres Beitrags.



PD Dr. med. Isabella Sudano

Referenzen

1. Jackson R et al.: Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet* 2005; 365: 434–441.
2. Westin S et al.: Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. *BMJ* 2005; 330: 1461–1462.
3. Collins R et al.: Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet* 2016; 388: 2532–2561.
4. Mach F et al.: Adverse effects of statin therapy: perception vs. the evidence – focus on glucose homeostasis, cognitive, renal and hepatic function, haemorrhagic stroke and cataract. *Eur Heart J* 2018; 39: 2526–2539.
5. Mortensen MB et al.: Comparison of Five Major Guidelines for Statin Use in Primary Prevention in a Contemporary General Population. *Ann Intern Med* 2018; 85–92.
6. Sever PS et al.: Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1149–1158.
7. www.swisshypertension.ch
8. Williams B et al.: ESC-ESH 2018 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; in press.
9. Whelton PK et al.: 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* 2018; 71: 1269–1324.