

## Blutdrucksenkung mit konsistentem Effekt

# 10 Prozent weniger Ereignisse pro 5-mmHg-Senkung

**Die medikamentöse Blutdrucksenkung ist bei Patienten mit Hypertonie eine bewährte und anerkannte Therapie zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos. Doch bei welchen Patienten sollte der Blutdruck wie tief gesenkt werden? Die internationalen Guidelines sind sich hier nicht in allen Punkten einig. Eine interessante Studie zur Frage, bei wem die Blutdrucksenkung etwas nützt, wurde am ESC-Kongress präsentiert.**



Foto: vh

Prof. Kazem Rahimi

Die BPLTTC-Studie ging den Fragen nach, welche Effekte die Hypertoniebehandlung bei Patienten mit einem Blutdruck unter dem typischen Hypertoniegrenzwert (< 140 mmHg) hat und wie sich die Effekte einer Hypertoniebehandlung bei Patienten mit oder ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung unterscheiden beziehungsweise ob die Indikationen in der primären und sekundären Prävention unterschiedlich sein sollten.

In die Analyse flossen 48 randomisiert kontrollierte Hypertoniestudien mit Patienten mit schweren kardiovaskulären Ereignissen (MACE) als primärem Endpunkt ein. Sie sollte eine Antwort darauf liefern, bei wem und bei welchem Blutdruck eine Therapie am meisten nützte, wie Studienleiter Prof. Kazem Rahimi, University of Oxford (UK), berichtete.

Von den 348 854 Patienten hatten 188 583 Patienten keine kardiovaskuläre Erkrankung (Anteil Frauen: 49%), 160 271 waren kardiovaskulär vorerkrankt (Anteil Frauen: 33%). Die Patienten waren im Durchschnitt 65 Jahre alt, der Ausgangsblutdruck lag in der Primärpräventionsgruppe bei durchschnittlich 157/89 mmHg, in der Sekundärpräventionsgruppe bei 146/84 mmHg. Das mediane Follow-up betrug etwa 4 Jahre. Etwa ein Drittel der Patienten beider Gruppen hatte Diabetes, 7 bis 9 Prozent Vorhofflimmern, an chronischer Niereninsuffizienz litten 19 Prozent in der Primärpräventionsgruppe und 10 Prozent in der Sekundärpräventionsgruppe. Häufigste Hypertoniemedikationen in der Primärpräventionsgruppe waren ACE-Hemmer (29%), Kalziumkanalblocker (27%), Diuretika (23%), Betablocker (18%) und Angiotensin-2-Rezeptor-Blocker (11%). In der

Sekundärpräventionsgruppe waren Betablocker (44%), ACE-Hemmer (36%), Kalziumkanalblocker (34%), Diuretika (21%) und Angiotensin-2-Rezeptor-Blocker (6%) im Einsatz. Ausserdem standen in der Sekundärpräventionsgruppe noch Lipidsenker (53%) und Plättchenhemmer (65%) auf der Medikationsliste, in der Primärpräventionsgruppe war das bei etwa 20 Prozent der Patienten der Fall.

### Konsistenter Effekt

Die Analyse zeigte, dass jede Senkung des systolischen Blutdrucks um 5 mmHg im Vergleich zu keiner Intervention eine Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse von 10 Prozent bringt (9% Primärprävention, 11% Sekundärprävention). Im Einzelnen sanken die Raten von Hirnschlag um 13 Prozent, von Herzinsuffizienz um 14 Prozent, von ischämischen Herzerkrankungen um 7 Prozent und von kardiovaskulärem Tod um 5 Prozent. Dieser Effekt zeigte sich unabhängig vom Ausgangsblutdruck sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention.

Die Verschreibung einer antihypertensiven Therapie sollte demnach nicht von einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung oder vom gemessenen Blutdruck abhängig gemacht werden. Vielmehr sollte sie als risikomodifizierende Behandlung für die Prävention von neuen oder wiederholten kardiovaskulären Ereignissen verstanden werden, unabhängig davon, wie hoch der Ausgangsblutdruck ist, so die Schlussfolgerung des Studienleiters. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Hotline BPLTTC», Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC), 28. August bis 2. September 2020, virtuell.