

Hypertone Diabetiker: Ist unter 120 der neue systolische Zielwert?

Die Studien SPRINT und ACCORDION liefern neue Argumente

Die beim Kongress der American Heart Association (AHA) in Orlando präsentierten Ergebnisse der Studie ACCORDION (1) sprechen dafür, dass der systolische Blutdruck bei Diabetepatienten nicht nur, wie bisher propagiert, unter 140, sondern noch niedriger liegen sollte – ähnlich wie in der SPRINT-Studie bei Patienten ohne Diabetes.

Aktuelle Ergebnisse der SPRINT-Studie wurden auf dem AHA als eines der wichtigsten Highlights in einer eigenen Session präsentiert und zeitgleich im «New England Journal of Medicine» publiziert (2). Ein Diabetes wurde in diesem Protokoll ausgeschlossen, da bei der Planung bereits die ACCORD-Studie an Diabetepatienten mit zwei Blutdruckstrategien existierte. Eingeschlossen wurden 9361 Hypertoniker (Ausgangsblooddruck über 130 mmHg systolisch) mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko (10-Jahres-Risiko im Framingham-Score mindestens 15%). Die Patienten erhielten entweder eine antihypertensive Standardbehandlung mit einem Blutdruckziel von unter 140 mmHg systolisch oder die intensiviertere Behandlung mit einem Blutdruckziel unter 120 mmHg systolisch. Diese ursprünglich auf 5 Jahre ausgerichtete Studie wurde bereits nach 3,26 Jahren vorzeitig abgebrochen. Das wichtigste Ergebnis: Der primäre kombinierte Endpunkt wurde in der Intensivtherapie-Gruppe gegenüber der Standardtherapie-Gruppe signifikant um ein Viertel reduziert, mit einer jährlichen Inzidenzrate von 1,65 versus 2,19 Prozent, und auch die Gesamt mortalität war unter der Intensivtherapie signifikant um 27 Prozent niedriger. Daraus wurde eine NNT (number needed to treat) von 61 für den primären Endpunkt und eine NNT von 90 zur Verhinderung eines Todesfalls über den Studienzeitraum errechnet, wie der Studienleiter Prof. Jackson T. Wright aus Cleveland/Ohio berichtete.

Dass dies auch für Diabetiker gilt, dafür sprechen die vom Studienleiter Prof. William C. Cushman aus Memphis/Tennessee vorgestellten Langzeitauswertungen der Studie ACCORD. Diese hatte ursprünglich, nach knapp 5 Jahren, in der intensiv behandelten Gruppe eine nur nicht signifikante Senkung des primären kombinierten Endpunktes für kardiovaskuläre Ereignisse um 12 Prozent gefunden. Schlaganfälle wurden zwar signifikant verringert, nicht aber sieben weitere sekundäre Endpunkte. Dies sei von der Evidenz her nicht als stark genug bewertet worden, um die intensiviertere Blutdrucksenkung zu empfehlen, erläuterte Cushman. Retrospektiv betrachtet lag dies aber auch an der nicht ausreichenden statistischen Aussagekraft der ACCORD-Studie, da die Ereignisrate insgesamt niedriger ausfiel als zu Studienbeginn angenommen.

In der Nachfolgestudie ACCORDION wurden 3957 Patienten nach Beendigung von ACCORD weitere 54 bis 60 Monate bei freigegebener Behandlungsstrategie beobachtet. Während dieser Zeit wurde bei Patienten, die in der Hauptstudie im Arm mit intensiver Blutdrucksenkung gewesen waren, nicht mehr das niedrigere Blutdruckziel angestrebt, sodass sich der Blutdruckunterschied zwischen den beiden Gruppen verringerte – von 14,5 mmHg am Ende der Hauptstudie auf 4,2 mmHg am Ende der Nachbeobachtung. Es fand sich 8,8 Jahre nach der Randomisierung eine 9-prozentige, nicht signifikante Reduktion des primären Endpunktes schwerer kardiovaskulärer Ereignisse. Allerdings profitierten jetzt – bei signifikanter Interaktion zwischen Blutdruck- und Blutzuckersenkung – die Teilnehmer mit Standardglukosesenkung signifikant von einer starken Blutdrucksenkung (Hazard Ratio 0,79). Cushman schloss aus den Resultaten der ACCORDION-Studie: «Die entscheidende Botschaft ist, dass wir keine Grad-A-Evidenz haben, um Diabetiker bis zu einem Blutdruckziel von 120

mmHg zu behandeln. Doch bei Berücksichtigung der Ergebnisse des ACCORD-Arms mit standardmässiger Blutzuckerkontrolle, auch der aus der Langzeitnachbeobachtung, dem Schlaganfall-Benefit aus der Hauptstudie sowie der SPRINT-Resultate, würde ich sagen, dass es angebracht ist, Diabetiker bei Empfehlung zur intensiven Blutdruckkontrolle einzuschliessen» (3).

In der Diskussion in Orlando betonte George Bakris aus Chicago, dass man gemäss den neuen Resultaten bei allen Patienten den Blutdruck unter 130 mmHg systolisch bringen und dort auch dauerhaft halten sollte: «Wenn es um die intensive Blutdruckreduktion geht, sollten Diabetiker nicht anders behandelt werden als Nichtdiabetiker» (3). In ACCORDION hatte sich nämlich für die Blutdrucksenkung kein «Legacy-Effekt» gezeigt – das heisst: Der Vorteil bezüglich des Schlaganfallrisikos, der in ACCORD während der aktiven Intervention beobachtet worden war, ging verloren, nachdem sich die Blutdruckunterschiede zwischen den Gruppen verringert hatten.

Dr. med. Adela Žatecky

Referenzen:

1. William C. Cushman et al.: Long-term cardiovascular effect of 4,9 years of intensive blood pressure control in type 2 diabetes mellitus. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes follow-on blood pressure study. AHA-Kongress, Orlando, 10. November 2015 (Abstract).
2. The SPRINT Research Group: A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015; 373: 2103–2116.
3. Hughes S: Extend SPRINT results to diabetics: New ACCORD data. www.medscape.com/viewarticle/854311_print.

