

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Aktuelles: Behandlung der Hypertonie beim Patienten mit Metabolischem Syndrom in der Praxis

Francesconi C

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2012; 19

(7-8), 255-256

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Aktuelles: Behandlung der Hypertonie beim Patienten mit Metabolischem Syndrom in der Praxis

C. Francesconi

Die Behandlung eines Hypertonikers gehört für jeden praktischen Arzt und auch Internisten zur täglichen Routine. Die Guidelines der Gesellschaft für Hypertensiologie, für Innere Medizin sowie die Guidelines sämtlicher entsprechender internationaler Gesellschaften geben uns Anleitung, in welchem Ausmaß und mit welchen Mitteln das Problem zu lösen ist.

Die Besonderheit des Patienten mit Metabolischem Syndrom (MetSyn) und Hochdruck ist erstens, dass er selten als solcher erkannt wird und zweitens seine Risikoerhöhung für kardio-vaskuläre Ereignisse völlig fehleingeschätzt wird.

Das Hauptrisikopotenzial eines „metabolischen Patienten“ ist die Insulinresistenz. Sie sorgt zum einen für die schon frühzeitig zur Atherosklerose führende Dyslipidämie, Low-Grade-Inflammation und zur endothelialen Dysfunktion, zum anderen führt sie zur Hyperinsulinämie und – im Falle einer genetischen Prädisposition zur Insulinsekretionsstörung – zur gestörten Glykämie. Diese wird zunächst nur unter Belastung (OGTT), später auch unter normalen Umständen offensichtlich (Diabetesmanifestation). Als Diabetiker ist der Betroffene nun ein Risikopatient und wird, im Idealfall, nach allen Regeln und entsprechend der geltenden Guidelines und Grenzwerte behandelt.

Hat der Patient mit MetSyn aber, ich möchte fast sagen, das Pech, über keine gestörte Insulinsekretion zu verfügen, das heißt, nicht zum Diabetiker zu mutieren, wird sein dennoch vorhandenes, dem Diabetiker ähnliches Risikoprofil häufig übersehen.

Auf zellulärer Ebene führt die Insulinresistenz zu einem Shift von der IRS-vermittelten Glukoseaufnahme über den GLUT-4-vermittelten Weg zu einer kompensatorisch vermehrten Aktivität des MAP-Kinase-Pathways, eines Alternativmechanismus, der Zeichen der sogenannten vaskulären Insulinresistenz ist, mit allen negativen Auswirkungen auf das vaskuläre System wie Proliferation, Inflammation und Vasokonstriktion.

Gleichzeitig kommt es auch zu einer Unterdrückung der NO-Produktion im Endothel, die die vasokonstriktorische Komponente noch verstärkt.

Der Phänotyp des insulinresistenten Patienten mit Metabolischem Syndrom ist gekennzeichnet durch den Bauchumfang, in Kombination mit Übergewicht. Entscheidend für die Diagnose ist jedoch nicht der BMI, sondern die androide Fettverteilung.

Im Laborbefund ist die klassische Dyslipidämie mit hohen Triglyzeriden, niedrigem HDL-Cholesterin, quantitativ nor-

malem Gesamtcholesterin, jedoch qualitativ verändertem LDL, und hohem Apolipoprotein B. Zudem ist auch das HDL-Cholesterin qualitativ verändert und damit weniger antiatherogen und somit protektiv.

Bei der Therapie dieser Patienten sollten somit nach Möglichkeit Medikamentenklassen zum Einsatz kommen, welche das Risikoprofil verbessern und Endorganschäden vorbeugen.

Somit scheiden Thiaziddiuretika ob ihrer negativen Auswirkung auf Insulinresistenz und Lipidprofil als „First-line“-Therapeutika aus. Auch Betablocker der älteren Generation sollten aus den gleichen Gründen nicht „first line“ zum Einsatz kommen. Ausnahmen bilden die neueste Generation (Nebivolol) und die Alpha-Betablocker-Kombination Carvedilol. Zusätzlich zur Auswirkung auf den Stoffwechsel ist auch die bei letzterer Substanzklasse beschriebene mögliche Gewichtszunahme zu bedenken.

Kalziumantagonisten verhalten sich stoffwechselneutral, haben aber auch keine der oben geforderten Positiva zu bieten.

Eine ansprechende Option stellen an sich die zentralen Antihypertensiva Moxonidin und Rilmenidin, beides Imidazolrezeptoragonisten, dar. Sie wirken positiv auf die Insulinresistenz, wirken dämpfend auf den bei insulinresistenten Patienten hochregulierten Sympathikotonus und haben eine positiv stimulierende Wirkung auf das Sättigungszentrum und so Heißhungerattacken – die vor allem in Stresssituationen bei adipösen, jungen, weiblichen Patienten häufig auftreten, entgegenwirken. Zudem haben diese Medikamente eine positive Wirkung auf das RAAS und wirken zentral frequenzsenkend. Leider gibt es für keines der oben genannten Medikamente Endpunktdaten hinsichtlich Morbidität und Mortalität, was den Einsatz an vorderster Front limitiert.

Damit bleiben 2 Substanzklassen die unumstrittene Nummer 1 der Hochdruckmedikation bei Patienten mit Metabolischem Syndrom und Insulinresistenz, nämlich ACE-Hemmer bzw. bei Unverträglichkeit ARBs.

Diese Substanzklassen zeichnen sich nicht nur durch eine generell sehr gute Verträglichkeit, sondern auch durch eine positive Einflussnahme auf die insulinresistenzbedingten Defizite im Bereich der Glukoseaufnahme, Insulinsekretion, Muskeldurchblutung, Fettgewebsneubildung, Vasokonstriktion, Inflammation und Proliferation aus, sondern führen auch zu einer signifikant niedrigeren Diabeteskonversionsrate bis zu knapp 30 % (Metaanalyse, nach Gillespie et al, Diabetes Care 2005). Letzteres gilt für ACE-Hemmer, bei den ARBs gibt es eine etwas widersprüchlichere Datenlage, allerdings dürften sich hier die einzelnen Substanzen auch deutlicher vonein-

ander unterscheiden. Telmisartan zeigt beispielsweise eine sehr effiziente Senkung der Insulinresistenz, vermutlich durch partielle Aktivierung von PPAR- γ , konnte aber in der Ontarget/Transcend-Studie diesbezüglich nicht überzeugen und hat in Kombination mit Ramipril nicht den eigentlich erwarteten Zusatzbenefit erbracht.

Dafür konnte Olmesartan, weiterer ARB, in der rezent publizierten OLAS-Studie [1] ebenfalls mit einer niedrigeren Konversionrate zum Typ-2-Diabetes und der Reduktion inflammatorischer Marker (IL 1 β , IL 6, IL 8, TNF α), sowie Anstieg von Adiponektin und Absinken des Insulinspiegels als Marker für die Verbesserung der Insulinresistenz aufwarten. Olmesartan (OS) wurde in dieser Studie an Patienten mit MetSyn in 2 Fixkombinationen (OS+Amlodipin vs. OS+Hydrochlorothiazid) verglichen. Erwartungsgemäß konnte die Substanz ihr positives Potenzial für Patienten mit MetSyn vor allem in der Kombination mit Amlodipin voll entfalten und eine Neuentstehung eines manifesten Diabetes mellitus II um 13,3 % reduzieren.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Patienten mit MetSyn ein besonders gefährdetes Klientel darstellen, sowohl die Konversion zum Typ-2-Diabetes, aber auch ihr kardiovaskuläres

Risiko betreffend. Daher ist es nicht nur wichtig, den Risikofaktor Blutdruck entsprechend der geltenden Leitlinien einzustellen, sondern auch die Verwendung von Medikamentenklassen zu berücksichtigen, die über die Blutdrucksenkung hinaus organprotektive und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussende Eigenschaften aufweisen.

Literatur:

1. Martinez-Martin FJ, Rodriguez-Rosas H, Peiro-Martinez I, Soriano-Perera P, Pedrianes-Martin P, Comi-Diaz C. Olmesartan/amlodipine vs olmesartan/hydrochlorothiazide in hypertensive patients with metabolic syndrome: the OLAS study. *J Hum Hypertens* 2011; 25: 346–53.

Weitere Literatur: bei der Autorin

Korrespondenzadressen:

Dr. Claudia Francesconi
Gesundheitszentrum Purkersdorf
A-3002 Purkersdorf
Bachgasse 4/Top 4

Dr. Markus Lucerna
Daiichi Sankyo Austria GmbH
A-1160 Wien, Effingergasse 21
E-Mail: markus.lucerna@daiichi-sankyo.at
www.daiichi-sankyo.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung