

Journal für Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

**Hypertension News-Screen: Effects
of blood pressure lowering
treatment in hypertension: 8.
Outcome reductions vs.
discontinuations because of adverse
drug events meta-analyses of
randomized trials**

Weber T

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2016; 20

(4), 107

**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie**



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie

www.hochdruckliga.at

Member of the



Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/SCOPUS



Homepage:

**[www.kup.at/
hypertonie](http://www.kup.at/hypertonie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

www.kup.at/hypertonie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031106M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Neues aus der Medizintechnik

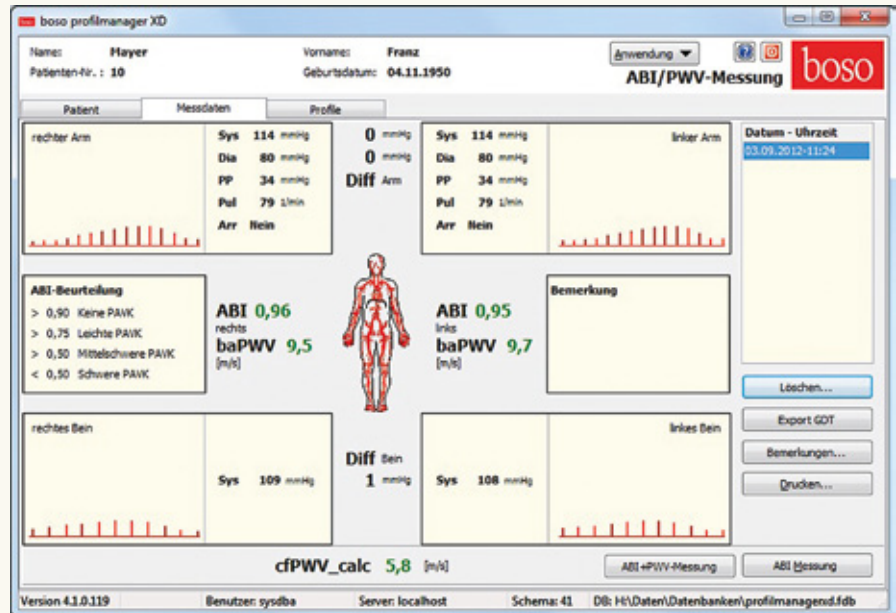
Jetzt in 1 Minute Früherkennung der PAVK: boso ABI-system 100

PAVK – Die unterschätzte Krankheit

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist weitaus gefährlicher und verbreiteter als vielfach angenommen. Die getABI-Studie [1] zeigt, dass 20 % der > 60-Jährigen eine PAVK-Prävalenz aufweisen. Die PAVK wird oft zu spät diagnostiziert. Das liegt vor allem daran, dass die Betroffenen lange Zeit beschwerdefrei sind und eine entsprechende Untersuchung daher meist erst in akuten Verdachtsfällen erfolgt. Mit dem Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]) ist die Diagnose einer PAVK durchführbar. Der Knöchel-Arm-Index (ABI) ist ein wesentlicher Marker zur Vorhersage von Herzinfarkt, Schlaganfall und Mortalität.

PAVK-Früherkennung mit dem boso ABI-system 100: Ein Gewinn für alle. Eine präzise und schnelle, vaskulär orientierte Erstuntersuchung.

Der entscheidende Wert für die Diagnose der PAVK ist der Knöchel-Arm-Index („ankle-brachial index“ [ABI]). Das boso ABI-system 100 ermittelt diesen Wert zeitgleich und oszillometrisch an allen 4 Extremitäten. Die eigentliche Messung dauert dabei nur ca. 1 Minute. Ein ABI-Wert < 0,9 weist im Ver-



gleich mit dem Angiogramm als Goldstandard mit einer Sensitivität von bis zu 95 % auf eine PAVK hin und schließt umgekehrt die Erkrankung mit nahezu 100 % Spezifität bei gesunden Personen aus.

Das boso ABI-system 100 wurde weiterentwickelt und ist jetzt optional mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit ausgestattet.

Optional ist das boso ABI-system 100 ab sofort auch mit der Möglichkeit zur Messung der Pulswellengeschwindigkeit

(ba) verfügbar. Mit der Messung der Pulswellengeschwindigkeit („pulse wave velocity“ [PWV]) kann eine arterielle Gefäßsteifigkeit diagnostiziert werden. Die Steifigkeit der arteriellen Gefäße nimmt mit einer fortschreitenden Arteriosklerose zu, was sich durch eine Erhöhung der Pulswellengeschwindigkeit darstellt. PWV und ABI-Wert ermöglichen eine noch fundiertere Risikostratifizierung von kardiovaskulären Ereignissen.

Literatur:

1. <http://www.getabi.de>

Weitere Informationen:

Boso GmbH und Co. KG
Dr. Rudolf Mad
A-1200 Wien
Handelskai 94-96/23. OG
E-Mail: rmad@boso.at



Hypertension News-Screen

T. Weber

■ Effects of blood pressure lowering treatment in hypertension: 8. Outcome reductions vs. discontinuations because of adverse drug events meta-analyses of randomized trials

Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. *J Hypertens* 2016; 34: 1451–63.

Abstract

Background: Previous meta-analyses of randomized controlled trials (RCTs) of blood pressure (BP-) lowering treatment provided overwhelming evidence that treatment markedly reduces risk of cardiovascular outcomes in hypertensive patients. However, adverse events associated with BP-lowering treatment have never been surveyed systematically.

Objectives: Identifying among BP-lowering RCTs those reporting a common and meaningful index of treatment attributed adverse events, and describing the burden of these adverse events accompanying the benefits of mortality and morbidity reduction induced by treatment.

Methods: The database consisted of the BP-lowering RCTs (active vs. placebo or less active treatment) we have described (70 RCTs, 255 970 participants, 1 091 964 patient-years). A common index of relevant adverse events was identified as permanent treatment discontinuation attributed to treatment adverse events. Risk ratios and 95% confidence intervals, standardized to a SBP/DBP reduction of 10/5 mmHg, of seven fatal and nonfatal outcomes and of treatment discontinuations for adverse events were calculated (random-effects model). The relationships of outcome reductions and discontinuation excess to SBP and DBP reductions were investigated by meta-regressions.

Results: Forty-four RCTs provided data on treatment discontinuations for adverse events and six more on serious adverse events because of treatment (179 949 patients, 719 796 patient-years). In these 50 RCTs, a significant 24% reduction of major cardiovascular event risk was associated with a significant 89% increase in the risk of discontinuations (33 major cardiovascular effects prevented and 84 excess discontinuations/1000 patients for 5 years). Metaregression analysis indicated that both outcome reductions and treatment discontinuation excess were significantly related to the extent of SBP and DBP reduction, but absolute treatment discontinuation excess disproportionately increased with larger BP reductions than increase in outcome risk reduction. Furthermore, a standard SBP reduction was found associated with a constant relative reduction, but a smaller absolute reduction of cardiovascular events, and a greater relative excess of treatment discontinuations when the achieved SBP was below 130mmHg rather than in higher ranges.

Conclusion: The burden of adverse events associated with BP-lowering treatment should be considered not to deny patients the overwhelming benefits of BP lowering, but

whenever the extent of the BP lowering or the BP target to be achieved are discussed.

Kommentar

In einem weiteren Teil der großen Metaanalyse zur medikamentösen Blutdrucksenkung (50 randomisierte Studien, 179.949 Patienten, 719.796 Patienten-Jahre) aus der Arbeitsgruppe von Alberto Zanchetti und Gianfranco Parati fassen die Autoren erstmals das Risiko eines Absetzens der blutdrucksenkenden Medikamente wegen Nebenwirkungen ins Auge. Das ist nicht nur wissenschaftlich interessant, sondern höchst praxisrelevant, weil damit ein wichtiger Teilaspekt des Problemkreises „Compliance“ erfasst wird. Wenn der Nutzen und das Absetzen der Antihypertensiva gegenübergestellt wird, ergibt sich folgendes Bild: Pro Behandlung von 1000 Patienten über 5 Jahre werden 33 schwere kardiovaskuläre Ereignisse verhindert; 84 Patienten setzen das Antihypertensivum wegen Nebenwirkungen ab. Beide Effekte sind direkt proportional zur Höhe der Blutdrucksenkung, d.h. sie treten bei stärkerer Blutdrucksenkung häufiger auf. Besonders häufig wird die Blutdruckmedikation bei erreichten Blutdruckwerten unter 130 mmHg abgesetzt, aber auch bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten.

Die Interpretation der Daten ist nicht ganz einfach. Wie immer bei Studien muss man kritisch hinterfragen, ob die Endpunkte gleichwertig sind. Aus meiner Sicht ist dies hier sicher nicht der Fall. Wir wissen zwar, daß eine fehlende Compliance (egal welcher Ursache) mit einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Ereignisse verbunden ist. Allerdings ist das Verhältnis nicht 1:1, d.h. nicht jeder Patient, der ein Medikament absetzt, erleidet z. B. einen Schlaganfall. Dieses erhöhte Risiko durch das Absetzen eines Medikamentes wird in der Metaanalyse mit tatsächlich aufgetretenen Ereignissen (z. B. Schlaganfällen) verglichen, d.h. pro 1000 behandelte Patienten 33 tatsächlich verhinderte schwere Ereignisse (im Vergleich zu Placebo) bei 84 Patienten, die das Medikament absetzen und dadurch potentiell ein erhöhtes Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen.

Welche Bedeutung hat die Studie für die Behandlung eines einzelnen Patienten? Die ÖGH hat ja im Lichte der SPRINT-Studie eine Senkung des systolischen Blutdruckzieles unter 130 mmHg für ausgewählte Patienten empfohlen. Die Metaanalyse sagt uns, daß die Verträglichkeit der Medikamente bei niedrigeren Blutdruckwerten schlechter sein kann, besonders bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten. Den richtigen Blutdruckzielwert beim individuellen Patienten zwischen den Gegenpolen „niedrig genug“, um kardiovaskuläre Ereignisse zu verhindern (SPRINT-Studie), und „nicht zu niedrig“, um nicht die Verträglichkeit zu gefährden (vorliegende Metaanalyse) zu finden, bleibt ärztliche Kunst.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Thomas Weber

Kardiologische Abteilung, Klinikum Wels-Grieskirchen

A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42

E-Mail: thomas.weber3@liwest.at

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](#)

Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

➔ [Journal für Kardiologie](#)

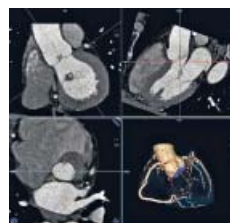
➔ [Journal für Hypertonie](#)

➔ [Zeitschrift für Gefäßmedizin](#)

Besuchen Sie unsere Rubrik [Medizintechnik-Produkte](#)



IntelliSpace Cardiovascular
Philips Austria GmbH,
Healthcare



CT TAVI Planning mit
syngo.CT Cardiac Function-Valve Pilot
Siemens AG Österreich



STA R Max
Stago Österreich GmbH



BioMonitor 2
BIOTRONIK Vertriebs-GmbH



boso ABI-system 100
Boso GmbH & Co KG

*Die neue Rubrik im Journal für Kardiologie: **Clinical Shortcuts***
In dieser Rubrik werden Flow-Charts der Kardiologie kurz und bündig vorgestellt

Zuletzt erschienen:

➔ **Interventionelle kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI)**

J Kardiol 2014; 21 (11–12): 334–7.

➔ **Einsatz einer perioperativen Blockertherapie zur Reduktion von Morbidität und Mortalität**

J Kardiol 2015; 22 (1–2): 38–40.

➔ **Diagnostik der Synkope**

J Kardiol 2015; 22 (5–6): 132–4.

➔ **Kardiologische Rehabilitation nach akutem Koronarsyndrom (ACS)**

J Kardiol 2015; 22 (9–10): 232–5.