

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

ESC-Kongreß 2003, Wien

Satellitensymposium:

**Kardiovaskuläre Prävention: Neue
Ziele, neue Möglichkeiten**

Woisetschläger C

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2003; 10

(10), 454-455

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

ESC-Kongreß 2003, Wien, Satellitensymposium: Kardiovaskuläre Prävention: Neue Ziele, neue Möglichkeiten

C. Woisetschläger

Diabetiker sind einem besonders hohen kardiovaskulären Risiko ausgesetzt. Das wichtigste Ziel ist eine adäquate Blutdrucksenkung mit RAS-Hemmung, Thiaziden und langwirksamen Kalziumantagonisten. Statine sind mittlerweile unverzichtbar.

Ende August lud die „European Society of Cardiology (ESC)“ nach Wien zum Kongreß ein. Im Rahmen dieses Kongresses veranstaltete die Firma Pfizer ein großes Satellitensymposium zum Thema „Cardiovascular Risk Management in the 21st Century: New Goals, New Opportunities“. Schwerpunkte waren Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes.

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind bei Morbidität und Mortalität in der westlichen Welt führend. In letzter Zeit sind einige Studien erschienen, die die Evidenz zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen erweitern und bestärken. Ende der 1980er Jahre, Anfang der 1990er Jahre war die Zeit des großen Wechsels in der antihypertensiven Therapie bei älteren Menschen: weg von Diuretika, hin zu ACE-Hemmern und Kalziumantagonisten. Dies galt insbesondere für Diabetiker und Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko. Man postulierte unangenehme Nebenwirkungen der Diuretika und stellte diesen antithrombotische und kardiovaskulärprotektive Eigenschaften der ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten gegenüber. Die Evidenz dazu stammte aus mechanistischen und placebokontrollierten Studien. Mitte bis Ende der 1990er Jahre wurde dieses Konzept noch weiter ausgebaut, ACE-Hemmer wurden als unverzichtbare Medikation für Hochrisikohypertoniker und solche mit Diabetes mellitus empfohlen. Kalziumantagonisten erlitten in dieser Zeit eher einen Rückschlag.

Die Rekrutierung für die größte bis dato durchgeführte Langzeitstudie an 42.400 hypertensiven Hochrisikopatienten, die ALLHAT-Studie, begann 1993/1994. Als primärer Endpunkt wurde die Kombination tödliche KHK und nicht-tödlicher Myokardinfarkt gewählt. Die Therapie mit „modernen“ Substanzen wie Amlodipin oder Lisinopril wurde mit einer „älteren“ Therapie mit dem Thiaziddiuretikum Chlorthalidon verglichen. Die Stärke der ALLHAT-Studie war ihre große Patientenzahl. Dadurch konnte nicht nur die Frage um den primären Endpunkt, sondern auch jene um andere wichtige sekundäre Endpunkte und einzelne Fragestellungen in vorher festgelegten Subgruppen beantwortet werden. Um den Zielblutdruck von < 140/90 mmHg zu erreichen, wurde die Therapie mit den Studienmedikamenten im Bedarfsfall um andere Antihypertensiva erweitert.

Prof. Frans Leenen, Heart Institute, University of Ottawa, Kanada, faßte die wichtigsten Ergebnisse der Ende 2002 publizierten ALLHAT-Studie zusammen: „Bei Studieneintritt erhielten etwa 90 % der Patienten bereits eine antihypertensive Therapie, aber lediglich 27 % waren gut eingestellt. Während des Follow-up stieg die Anzahl der gut eingestellten Patienten langsam an und erreichte schließlich deutlich mehr

als 60 %. Dieser Anstieg ging mit einem Ansteigen der zusätzlichen Medikationen einher. Die beste Einstellung konnte mit Amlodipin und Chlorthalidon erreicht werden.“

Interessant war das enttäuschende Abschneiden des ACE-Hemmers Lisinopril. Bei keinem Endpunkt und in keiner Subgruppe konnte unter Therapie mit Lisinopril ein über den Effekt der Blutdrucksenkung hinausgehender Benefit gefunden werden. Im Chlorthalidon- und im Amlodipin-Arm zeigten sich bei allen wesentlichen Endpunkten praktisch gleiche kardiovaskuläre Ereignisraten. Leenen resümierend: „Wir haben in der ALLHAT-Studie gesehen, daß auch mit der eingeschränkten Medikamentenauswahl eine deutliche Verbesserung der Blutdruckkontrolle zu erzielen ist. Der ACE-Hemmer Lisinopril hat schlechter abgeschnitten als erwartet, Amlodipin hingegen konnte sich gegen Chlorthalidon behaupten. Sowohl die Blutdrucksenkung als auch der primäre Endpunkt sowie nichtkardiovaskuläre Endpunkte waren in den beiden Therapiegruppen vergleichbar.“ Mit Amlodipin steht somit für das gesamte untersuchte Patientenkollektiv ein effektives und sicheres Antihypertensivum zur Verfügung.

Neben der arteriellen Hypertonie ist die Hyperlipidämie ein weiteres wichtiges Mosaiksteinchen im Cluster des kardiovaskulären Risikoprofils. Die Vorteile einer Gabe von Statinen zur Prävention großer tödlicher und nichttödlicher kardiovaskulärer Ereignisse wurden bereits durch eine ganze Reihe großer randomisierter Endpunktstudien bewiesen. Diese Daten stehen im Einklang mit einer Reihe anderer Studien, in denen die Dyslipidämie als unabhängiger Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit etabliert wurde. Es konnte eine lineare Relation zwischen koronarem Risiko und Cholesterinspiegel beobachtet werden. Demnach sank das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse um 25–35 %, nachdem der Cholesterinspiegel über fünf Jahre um 1,0 mmol/l gesenkt worden war. Der Ausgangswert des Serumcholesterins spielt dabei keine Rolle. **Prof. Dr. Peter Sever**, Imperial College, London, UK, legte ein Update der rezenten Hyperlipidämie-Studien vor: „Der Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) ist eine unabhängige, untersucherinitiierte, randomisierte Multicenter-Studie zum Vergleich zweier Therapieregimes zur Blutdrucksenkung und zur Evaluierung einer lipid-senkenden Therapie.“

Von den insgesamt 19.342 in die ASCOT-Studie randomisierten Patienten erhielten 10.305 zusätzlich Atorvastatin 10 mg oder Placebo. Die Cholesterinspiegel betrugen 6,5 mmol/l oder weniger. Primärer Endpunkt war das Auftreten eines nichttödlichen Herzinfarktes oder ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis. Sever: „Bereits nach durchschnittlich 3,3 Jahren wurde das Follow-up vorzeitig beendet. Zu diesem Zeitpunkt waren in der Atorvastatin-Gruppe 100, in der Placebo-Gruppe 154 primäre Endpunkte aufgetreten (Abb. 1). Die-

ser statistisch deutlich signifikante Unterschied war bereits im ersten Jahr zu bemerken. Es bestand diesbezüglich kein wesentlicher Unterschied in den vorgegebenen Subgruppen.“

Auch die Anzahl tödlicher und nichttödlicher Schlaganfälle (Abb. 2), die Gesamtzahl der kardiovaskulären Ereignisse und die Gesamtzahl der koronaren Ereignisse waren unter Therapie mit Atorvastatin deutlich geringer ausgeprägt. Atorvastatin senkte den Cholesterinspiegel um 1,3 mmol/l nach einem Jahr, um 1,1 mmol/l nach drei Jahren Follow-up gegenüber Placebo. Sever: „Diese doch sehr deutlichen Reduktionen bei größeren kardiovaskulären Ereignissen durch Atorvastatin bei Hypertonikern werden durchaus Einfluß auf künftige Richtlinien zur Lipidsenkung haben.“

Diabetiker leiden sehr häufig an einer arteriellen Hypertonie. Diese Patientengruppe hat ein besonders hohes Risiko, hypertensive Folgeschäden zu entwickeln. **Prof. Dr. Brian Williams**, Faculty of Medicine & Biological Sciences, University of Leicester, UK, brachte es auf den Punkt: „Gerade bei Diabetikern müssen wir besonders strikt sein. Der Blutdruck muß in



dieser Patientengruppe strenger eingestellt werden als bei Nichtdiabetikern. Momentan gilt für Diabetiker ein Zielblutdruck von < 130/80 mmHg. Bei den meisten Patienten ist zum anhaltenden Erreichen des Zielwertes eine Kombinationstherapie erforderlich.“

Doch wie sicher ist dieser Zielwert zur Einstellung hypertensiver Diabetiker? Williams: „Bis jetzt gibt es keine Daten, die besagen, daß bei noch aggressiverer Blutdrucksenkung mit negativen Auswirkungen zu rechnen ist. Man sollte daher bei Diabetikern den niedrigsten mit dem Wohlbefinden des Patienten zu vereinbarenden Blutdruck anstreben.“

Eine weitere wichtige Frage, die sich nicht nur bei Diabetikern stellt, ist, ob es Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzklassen hinsichtlich der Minimierung des kardiovaskulären Risikos gibt. Williams: „Zweifelloos ist die Blutdrucksenkung alleine für den größten Teil der Risikoreduktion verantwortlich. In der ALLHAT-Studie zeigte sich in der Untergruppe der 12.063 Diabetiker kein signifikanter Unterschied zwischen Amlodipin oder Lisinopril im Vergleich zu Chlorthalidon hinsichtlich großer kardiovaskulärer Endpunkte und Mortalität. Somit ist die weitverbreitete Meinung, Kalziumantagonisten wären schlecht für hypertensive Diabetiker, widerlegt.“

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, daß eine Blockade des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) bei Typ-1- oder Typ-2-Diabetikern mit Proteinurie renoprotektiv wirkt. Jedoch basiert auch dieser Effekt in sehr hohem Maße auf der mit der RAS-Hemmung einhergehenden Blutdrucksenkung. Williams: „Zur Blutdruck- und Risikosenkung bei Diabetikern empfiehlt sich daher eine Kombinationstherapie mit einem ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Rezeptorblocker, einem Thiazid beziehungsweise einem langwirksamen Kalziumantagonisten.“ Neben dieser antihypertensiven Therapie, so Williams, sollte auch ein Statin und gegebenenfalls auch Acetylsalicylsäure verordnet werden. „Die Einstellung der Blutglukose, bis jetzt das Hauptaugenmerk jeder Diabetes-einstellung, ist auch wichtig, um das mikrovaskuläre Risiko zu reduzieren. Der damit erzielbare Effekt zur Senkung des kardiovaskulären Risikos und der Mortalität ist jedoch nicht so stark ausgeprägt, wie der einer ausreichenden Blutdrucksenkung und der einer Statintherapie.“

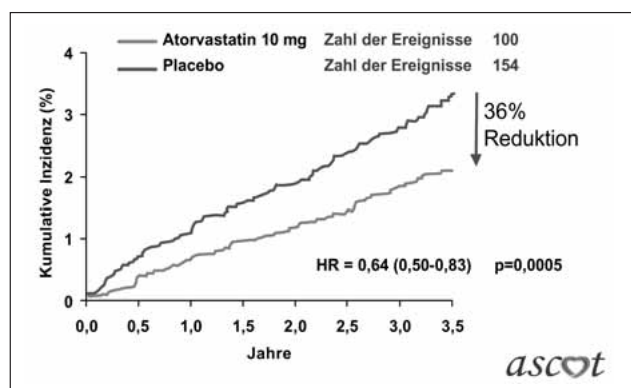


Abbildung 1: Primärer Endpunkt: Nichttödlicher Myokardinfarkt (MI) und tödliche koronare Herzkrankheit (KHK). Nach [1]

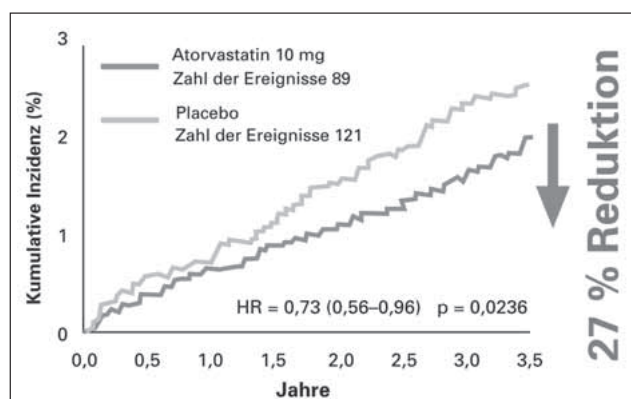


Abbildung 2: Sekundärer Endpunkt tödlicher und nichttödlicher Schlaganfall

Literatur:

1. Sever PS, Dahlöf B, Poulter N, Wedel H, et al, for the ASCOT Investigators. Lancet 2003; 361: 1149–58.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Christian Woisetschlager
I. Medizinische Abteilung, a. ö. KH St. Pölten,
3100 St. Pölten, Probst-Führer-Straße 4
E-Mail: woisini@aon.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](#)