

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Für Sie gelesen

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2011; 15

(3), 41-42

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

boso TM-2450

kleiner
leichter
leiser*



**BOSCH
+SOHN**

boso

Präzises ABDM – das neue 24-Stunden-Blutdruckmessgerät
Noch mehr Komfort für Ihre Patienten, noch mehr Leistungsfähigkeit für Sie.

- | Kommunikation mit allen gängigen Praxis-Systemen über GDT
- | Inklusive neuer intuitiver PC-Software profil-manager XD 6.0 für den optimalen Ablauf in Praxis und Klinik
- | Übersichtliche Darstellung aller ABDM-Daten inklusive Pulsdruck und MBPS (morgendlicher Blutdruckanstieg)
- | Gerät über eindeutige Patientenummer initialisierbar
- | Möglichkeit zur Anzeige von Fehlmessungen (Artefakten)
- | Hotline-Service

*im Vergleich mit dem Vorgängermodell boso TM-2430 PC 2



Ausführliche Informationen
erhalten Sie unter boso.at

boso TM-2450 | Medizinprodukt
BOSCH + SOHN GmbH & Co. KG
Handelskai 94-96 | 1200 Wien

Für Sie gelesen

Zusammengefasst von Dr. med. S. Höfler-Speckner

■ Use of Blood Pressure Lowering Drugs in the Prevention of Cardiovascular Disease: Meta-analysis of 147 Randomised Trials in the Context of Expectations from Prospective Epidemiological Studies

Law MR, et al. *BMJ* 2009; 338: b1665.

Zielsetzung

Ziel der aktuellen Studie war, die quantitative Wirksamkeit von verschiedenen blutdrucksenkenden Medikamenten zur Vermeidung von koronarer Herzkrankheit (KHK) und apoplektischem Insult (Stroke) zu bestimmen. Zusätzlich sollte herausgefunden werden, welche Patienten behandelt werden sollen.

Formalia

Als Design wurde eine Metaanalyse gewählt, die Quelle für die Daten waren MedLine-Einträge aus den Jahren 1966–2007.

Ausgewählt wurden randomisierte Studien über blutdrucksenkende Präparate mit Aufzeichnungen über koronare Ereignisse und „Stroke“. Die Studien wurden in 3 Gruppen eingeteilt: 108 Studien untersuchten den Effekt auf den Blutdruck zwischen einer blutdrucksenkenden Substanz und Placebo (oder einer Kontrollgruppe, die nicht die Studienmedikation erhielt) (= „Blutdruck-Differenz-Gruppe“) und 46 Studien verglichen 2 Substanzen miteinander (= „Substanz-Vergleichs-Gruppe“). Sieben Studien mit 3 randomisierten Gruppen fielen in beide Kategorien. Die Ergebnisse wurden mit der größten publizierten Metaanalyse von Kohortenstudien verglichen, die Daten von 958.000 Patienten erfasste.

Teilnehmer

464.000 Personen wurden in 3 unterschiedliche Risikogruppen eingeteilt: Personen ohne Gefäßerkrankungen und solche mit KHK oder „Stroke“ in der Anamnese.

Ergebnis

In der „Blutdruck-Differenz-Gruppe“ besaßen Betablocker einen speziellen Effekt, der über die reine blutdrucksenkende Wirkung hinausgeht, wenn es darum ging, Patienten mit bekannter KHK vor einem neuerlichen Ereignis zu schützen (Risikoreduktion 29 % [Relatives Risiko {RR} 0,71, 95 %-Konfidenzintervall {confidence interval, CI}: 0,66–0,78] verglichen mit 15 % [95 %-CI: 11–19 %] in Studien mit anderen blutdrucksenkenden Mitteln [$p < 0,001$]). Dieser spezielle Effekt war aber limitiert auf die ersten Jahren nach einem Myokardinfarkt (MI). Nach einem kürzlich zurückliegenden Ereignis (innerhalb eines Monats in 25 Studien und innerhalb von 4 Monaten in 2 anderen Studien) lag die Risikoreduktion bei 31 % (RR 0,69; 95 %-CI: 0,62–0,76) im Vergleich zu 13 %

(RR 0,87; 95 %-CI: 0,71–1,06) bei KHK-Patienten ohne akutes Koronarsyndrom in den vergangenen 2 Jahren ($p = 0,04$). Wurden Betablocker innerhalb von 1–2 Jahren nach einem MI eingesetzt, waren sie 2 × so effektiv wie Betablocker oder andere blutdrucksenkende Mittel, die unter anderen Umständen angewendet wurden.

Zur Schätzung des relativen Risikos für KHK-Ereignisse und „Stroke“ bezogen auf die blutdrucksenkende Wirkung von 10 mmHg systolisch oder 5 mmHg diastolisch wurden Studien der Blutdruck-Differenz-Gruppe mit den zu erwartenden Ergebnissen epidemiologischer Kohortenstudien für die Altersgruppe 60–69 Jahre verglichen (herausgerechnet wurden KHK-Ereignisse in Betablocker-Studien bei Patienten mit KHK). In den Blutdruckdifferenzstudien zeigte sich eine Risikoreduktion von 22 % für KHK-Ereignisse (RR 0,78; 95 %-CI: 17–27 %) und 41 % für „Stroke“ (RR 0,59; 95 %-CI: 33–48 %). Die Auswertung der Kohortenstudien zeigte eine 25%ige Senkung der KHK-Ereignisse (RR 0,75) und einen 36%igen Rückgang von Schlaganfällen (RR 0,64) durch eine Senkung des Blutdrucks um 10 mmHg systolisch oder 5 mmHg diastolisch. Die ähnlich hohe Senkung von KHK-Ereignissen und „Stroke“ in den Blutdruck-Differenz-Studien und den Kohortenstudien dürfte also alleine auf den blutdrucksenkenden Effekt zurückzuführen sein.

Die 5 Antihypertensivklassen Thiazide, Betablocker, ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptorblocker sowie Kalzium-Kanalblocker waren zur Prävention von KHK-Ereignissen und „Stroke“ ähnlich effektiv mit der Ausnahme, dass Kalzium-Kanalblocker einen größeren präventiven Effekt auf Schlaganfälle hatten (RR 0,92; 95 %-CI: 0,85–0,98). Die prozentuelle Reduktion von KHK-Ereignissen und „Stroke“ war bei Personen mit und ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung ähnlich hoch. Außerdem hatte der Ausgangsblutdruck vor Therapiebeginn keine Auswirkung auf den Behandlungserfolg (bis hinunter zu 110 mmHg systolisch und 70 mmHg diastolisch). Der volle potenzielle Effekt der Blutdruckreduktion wird innerhalb eines Jahres erreicht.

Wurden die Ergebnisse der aktuellen Auswertung mit 2 anderen Studien verglichen (eine Metaanalyse von Blutdruck-Kohortenstudien und eine Auswertung von Studien, die den blutdrucksenkenden Effekt bezogen auf die Dosis untersuchte), zeigte sich, dass bei Personen zwischen 60 und 69 Jahren mit einem Ausgangsblutdruck von 90 mmHg diastolisch die Kombination aus 3 Substanzen mit der halben Standarddosierung das Risiko für eine KHK um geschätzte 46 % und „Stroke“ um 62 % reduzieren kann, während eine Monotherapie mit der vollen Dosierung nur halb so viel Effekt brachte.

Außerdem zeigte die aktuelle Metaanalyse, dass alle Substanzen außer Kalzium-Kanalblocker und nicht-kardioselektive Betablocker die Inzidenz von Herzinsuffizienz um 24 % (19–

28 %) und Kalzium-Kanalblocker um 19 % (6–31 %) reduzieren können.

Schlussfolgerung

Mit Ausnahme des deutlich protektiven Effekts der Beta-blocker auf das Rezidiv eines kürzlich zurückliegenden MI und des geringen zusätzlichen positiven Effekts von Kalzium-Kanalblockern in der „Stroke“-Prävention besitzen alle Klassen von Antihypertensiva ähnliche Effekte auf die Vorbeugung von KHK-Ereignissen und „Stroke“. Die proportionale Reduktion von kardiovaskulär bedingten Ereignissen war gleich oder ähnlich ungeachtet des Blutdrucks vor Therapiebeginn und des Vorliegens oder Fehlens von kardiovaskulären Vorerkrankungen. Leitlinien zum Einsatz blutdrucksenkender Therapien können insofern vereinfacht werden, als dass eine antihypertensive Medikation Personen mit allen Blutdruckstufen angeboten werden kann. Die aktuellen Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig die Blutdrucksenkung für jeden über einem bestimmten Alter ist, anstatt bei allen Blutdruckmessungen durchzuführen und nur einige zu behandeln.

■ Expertenkommentar von J. Slany

Die Schlussfolgerung von Law et al., dass die Leitlinien zum Einsatz blutdrucksenkender Therapien vereinfacht werden könnten und jedermann unabhängig von seinem Blutdruck ohne Diagnostik zu behandeln sei, wurde massiv kritisiert, ihr ist entschieden zu widersprechen: Der festgestellte Behandlungserfolg selbst bei einem Ausgangsblutdruck von 110/70 mmHg darf keineswegs generalisiert werden: In der Metaanalyse von Law et al. waren auch sämtliche entsprechenden Studien an Patienten mit Herzinsuffizienz inkludiert, für die Betablocker, ACE-Hemmer, ARBs und andere Vasodilatoren tatsächlich unabhängig vom Ausgangsblutdruck günstig sind. Das gilt jedoch keineswegs für Patienten ohne Herzinsuffizienz. Ganz im Gegenteil: In den vergangenen 2 Jahren haben alle [!] Nachanalysen der großen Interventionsstudien an Hypertoniepatienten erkennen lassen, dass eine Blutdrucksenkung < 120/70 mmHg mit einem erhöhten Risiko für Gesamt- bzw. kardiovaskuläre Mortalität verbunden ist.

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)