

MONITOR

1-2

ZB MED

ZB MED
Therapie des hypertonen Diabetikers mit Nephropathie

ZB MED

Nutzen Sie Synergieeffekte

Ihre gefäß- und nephroprotektive Wirkung machen die ACE-Hemmern inzwischen unentbehrlich in der Therapie des hypertonen Diabetikers. Vielleicht weniger bekannt: Auch der Kalziumantagonist Verapamil verringert eine Proteinurie in vergleichbarem Ausmaß wie ein ACE-Hemmer. Interessant ist aber vor allem der synergistische nephroprotektive Effekt des ACE-Hemmers Trandolapril und des Kalziumantagonisten Verapamil.

Blutdruckreduktion ohne Kompromisse!

Welche Vorteile gerade Diabetiker von einer stringenten und kompromisslosen Blutdruckreduktion haben, führte wiederum die HOT-Studie vor Augen. Das kardiovaskuläre Risiko von Diabetikern ließ sich – im Gegensatz zu Nicht-Diabetikern – zusätzlich deutlich reduzieren, wenn der Blutdruck von 90mmHg auf unter 85mmHg diastolisch gesenkt wurde.

Daraufhin haben das Joint National Committee (JNC VI), die International Society of Hypertension (ISH), die Fachgesellschaften der WHO und die Deutsche Gesellschaft für Hypertonie die Blutdruckzielwerte für Diabetiker deutlich nach unten korrigiert. Anzustreben sind jetzt Werte unter 135/85 mmHg bis 120/80 mmHg, falls toleriert. Für Diabetiker mit einer Nephropathie liegt der Zielwert sogar bei 120/70 mmHg nach Empfehlung des JNC VI. Eine Blutdruckreduktion – insbe-

Allein in Deutschland gibt es 8 bis 12 Millionen Menschen, die mit dem „tödlichen Quartett“ Adipositas, Glukoseintoleranz, Hypertonie aufwarten. Sie sind das Reservoir zukünftiger Typ-2-Diabetiker. Die lange Vorlaufzeit des metabolischen Syndroms erklärt auch, weshalb zum Zeitpunkt der Diagnosestellung etwa die Hälfte der Typ-2-Diabetiker bereits eine Hypertonie haben (Abb. 1) Die „Hochdruckkarriere“ der Typ-1-Diabetiker beginnt dagegen erst 10 bis 15 Jahre nach Manifestation ihrer Stoffwechselerkrankung.

hinzukommt. Scholze betonte daher: „Patienten mit Diabetes, Hypertonie und Nephropathie bedürfen unserer ganzen Fürsorge.“ Eine Betreuung eines Diabetikers ist sehr komplex und beinhaltet die konsequente Behandlung aller vorhandenen Risikofaktoren. Einen hohen Stellenwert nimmt die Normalisierung des Blutdrucks ein. In der UKPDS konnte beispielsweise bereits durch eine eigentlich noch unzureichende Blutdrucksenkung auf durchschnittlich 144/82 mmHg (im Vergleich zu 155/87 mmHg) bei hypertensiven Typ-2-Diabetikern innerhalb von 8,5 Jahren die diabetesbezogene Mortalität um 32% gesenkt werden.

Fatale Risikotrias: Diabetes, Hypertonus und Nephropathie

Die Kombination Diabetes und Hypertonie ist eine gefährliche Mischung. Nach Auskunft von Prof. Jürgen Scholze, Berlin, ist für hypertone Diabetiker das Risiko innerhalb von 7 Jahren einen Herzinfarkt zu erleiden genau so hoch wie von Hypertonikern ohne Diabetes nach einem ersten Herzinfarkt.

Das kardiovaskuläre Risiko steigt noch enorm exorbitant, wenn eine Nephropathie

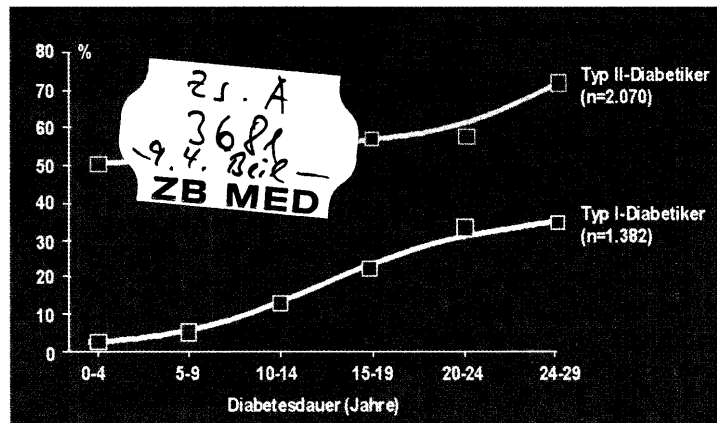


Abb. 1
Prävalenz der arteriellen Hypertonie (%) in Abhängigkeit von der Diabetesdauer (Jahre)

Quelle: Braun et al., Diabetes Stoffw 1994