

ZB MED

AT₁-Blocker

Hochdrucktherapie unter die Lupe genommen

Nicht nur für Betarezeptorenblocker und Diuretika ist ein positiver Effekt auf die Morbidität und Mortalität von Hypertonikern nachgewiesen. Auch für ACE-Hemmer und manche Kalziumantagonisten liegen inzwischen positive Ergebnisse vor. Es kommt offenbar doch in erster Linie auf eine potente Senkung des Blutdrucks an. AT₁-Blocker wie Irbesartan* ermöglichen dies bei sehr guter Verträglichkeit. Darauf hat die WHO inzwischen reagiert und diese Substanzgruppe in ihre neuen Empfehlungen zur Hochdrucktherapie aufgenommen.

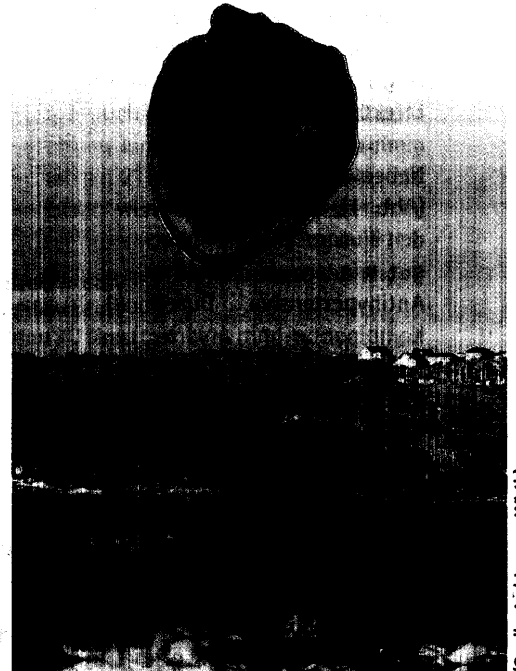
Die HOT-(Hypertension Optimal Treatment)-Studie hat uns gelehrt, dass ein Blutdruck von 139/83 mmHg mit dem niedrigsten kardiovaskulären Risiko verbunden ist. Der Schlaganfall ist unter den Komplikationen der Hypertonie das größte Desaster, betonte Lennart Hansson**, Uppsala, Schweden, auf dem europäischen Hypertoniekongress in Göteborg. Das Schlaganfallrisiko beginnt bereits bei systolischen Blutdrücken zwischen 130 und 140 mmHg. Entsprechendes gilt für das Myokardinfarktisiko, doch das Schlag-

anfallrisiko steigt mit zunehmendem Blutdruck sehr viel steiler an. Andererseits kann es durch eine antihypertensive Therapie auch besonders gut gesenkt werden.

Wie eine Studie von MacMahon (Lancet 1990) ergab, vermindert sich das Risiko für kardiale Ereignisse durch die Senkung des diastolischen Blutdrucks um 5 mmHg um 21%, das Schlaganfallrisiko aber um 34%. Wenn sich der diastolische Blutdruck um 10 mmHg reduzieren lässt, sinkt das kardiale Risiko um 37%, das Schlaganfallrisiko um 56%.

Blutdruck-Zielwerte

Ältere Patienten sollten nach den neuen WHO/ISH-Richtlinien mit ihrem Blutdruck unter 140/90 mmHg liegen. Hypertoniker in jüngeren Jahren sowie Diabetiker sollten sogar Werte von 130/85 mmHg erreichen oder unter-



Starke Blutdrucksenkung, um das Herz zu schützen – ein wichtiges Motto des Hypertoniekongresses in Göteborg.

(Quelle: Archiv + von Wirth)

schreiten, um das kardiovaskuläre Risiko zu reduzieren.

Mit einer Monotherapie lässt sich der Blutdruck unabhängig von der verwendeten Substanzklasse nur in maximal 50% der Fälle normalisieren. Um den diastolischen Blutdruck unter 85 mmHg zu senken, war in der HOT-Studie in 68,3% eine Kombinationstherapie erforderlich. Selbst um das Ziel von 90 mmHg zu unterschreiten, brauchten 62,9% der Patienten mehrere Antihypertensiva.

Ein weiteres Problem ist die mangelnde Therapietreue der Patienten. Nebeneffekte können ein wesentlicher Grund dafür sein, die Therapie zu beenden. Eine Untersuchung (Jones 1995) hat gezeigt, dass nur 40 bis 50% der Patienten nach sechs Monaten noch die Medikation einnehmen, die ihnen anfangs verordnet wurde.

*AprovelTM, KarveaTM

**Symposium „Hypertension control for a new era: Emerging differences among AIIRAs“, und Pressekonferenz „Proven differences among AIIRAs: New evidence for Irbesartan“.

Veranstalter: Sanofi-Synthelabo GmbH, Berlin, auf dem 10th European Meeting on Hypertension, Göteborg, den 29. Mai 2000.

laut
75. 20
-Bej-
ZB MED