



## Intensive Blutdrucksenkung bei älteren hypertensiven Risikopatienten ohne Diabetes – die SPRINT-Studie [CME]

**Zusammenfassung:** In der aktuellen SPRINT-Studie mit mehr als 9.000 älteren hypertensiven Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko ergab sich bei intensiver medikamentöser Senkung des Blutdrucks (Zielwert systolisch < 120 mm Hg) im Vergleich zu einer leitlinienkonformen Blutdrucksenkung (Zielwert systolisch < 140 mm Hg) eine signifikante Reduktion klinischer Endpunkte, einschließlich der Letalität. Dem stehen deutlich häufigere Nebenwirkungen gegenüber: Hypotonie, Synkopen, Elektrolytverschiebungen, Nierenversagen. Wegen der Ausschlusskriterien, z.B. Diabetes mellitus und Zustand nach Schlaganfall, sind die Ergebnisse in der Praxis nur eingeschränkt auf typische hypertensive Patienten mit hohem Risiko übertragbar. Ergebnisse aus anderen Studien, in denen eine zu intensive Blutdrucksenkung zu vermehrten Nebenwirkungen und höherer Letalität führte, mahnen zur Vorsicht bei der Umsetzung. Künftige Studien und Leitlinien zur Behandlung der Hypertonie werden mehr als bisher individuelle Kofaktoren (Alter, Komorbiditäten, Gebrechlichkeit, Polypharmakotherapie, Präferenz des Patienten) berücksichtigen müssen.

**Einleitung:** Die Senkung hypertensiver Blutdruckwerte reduziert die Inzidenz von Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Koronarer Herzkrankheit (KHK) und chronischen Nierenerkrankungen und dies unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Schweregrad der Hypertonie. Darüber besteht internationaler Konsens. Uneinigkeit besteht unter Experten jedoch darüber, welche Blutdruckwerte therapeutisch anzustreben sind. Seit mehr als einem Jahrzehnt galt als Ziel < 140/90 mm Hg für die meisten Hypertoniker und < 130/80 mm Hg für Diabetiker und Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen (1). 2014 wurde vom Eighth Joint National Committee der systolische Zielblutdruck für Menschen  $\geq 60$  Jahre auf der Basis randomisierter kontrollierter Studien auf 150 mm Hg angehoben (2). Die American Heart Association und das American College of Cardiology empfahl ursprünglich 130/80 mm Hg für Personen mit hohem Risiko für KHK und < 120/80 mm Hg für Patienten mit Herzinsuffizienz, änderte jedoch die Empfehlungen in diesem Jahr auf < 140/90 mm Hg für die meisten Patienten mit KHK und < 150/90 mm Hg für Menschen > 80 Jahre (3). Es lag also nahe, diese unterschiedlichen Leitlinien-Empfehlungen in einer neuen Studie zu überprüfen.

**SPRINT-Studie:** Wegen eines unerwartet signifikant positiven Therapieeffekts wurde im vergangenen August das Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) vorzeitig abgebrochen. Die Fachwelt hat auf die endgültigen Resultate gewartet (4). Diese wurden nun Anfang November

## Inhalt

Intensive Blutdrucksenkung bei älteren hypertensiven Risikopatienten ohne Diabetes – die SPRINT-Studie . . .	89
Therapie der chronischen Hepatitis C ist wirksamer und einfacher geworden . . . . .	91
Internet-basierte Empfehlungen zum Händewaschen. Einfluss auf die Übertragung von Influenza-ähnlichen Erkrankungen und respiratorischen Infektionen . . . . .	92
Die neuen Leitlinien zur kardiopulmonalen Reanimation .	93
Nach Reanimation: Senken der Körpertemperatur bei bewusstlosen Patienten mit wiederhergestelltem Kreislauf. Kein zusätzlicher Nutzen bei prähospitalen Beginn . . . . .	94
Wenig überzeugender Effekt einer Vitamin-D-Supplementierung bei gesunden Frauen nach der Menopause . . .	95
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel . . . . .	96

Dosisangaben ohne Gewähr.

auf dem Jahreskongress der American Heart Association (AHA) präsentiert – begleitet von einem ungewöhnlich großen Echo in der Fachpresse: Neben der fast zeitgleichen Publikation im N. Engl. J. Med. (5) gab es in derselben Ausgabe zwei Editorials (6, 7) und einen Perspektivartikel (8) sowie außerdem einen kommentierenden Artikel im J. Am. Coll. Cardiol. und ein Editorial und drei Kommentare in der Zeitschrift Hypertension (z.B. 9). Es wird allgemein angenommen, dass die Ergebnisse der SPRINT-Studie die Hypertoniebehandlung verändern werden.

**Methodik:** Die von den US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH) unter Führung des National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) finanzierte, multizentrische Studie schloss Hypertoniker > 50 Jahre mit systolischen RR-Werten von 130-180 mm Hg und erhöhtem kardiovaskulärem Risiko ein – aber ohne Diabetes, Schlaganfallanamnese, Herzinsuffizienz oder kurz zurückliegendem akutem Koronarsyndrom (ACS; s. Tab. 1).

Die Patienten erhielten randomisiert, nicht verblindet („open label“) eine antihypertensive Arzneimitteltherapie mit einem systolischen Blutdruck-Zielwert von < 120 mm Hg („Intensiv“) vs. leitlinienkonform < 140 mm Hg („Standard“). Die Auswahl der Arzneimittel wurde den behandelnden Ärzten und ihren Patienten überlassen. Der kombinierte primäre Endpunkt umfasste Myokardinfarkt und andere akute Koronarsyndrome, Schlaganfall, akut dekompensierte Herzinsuffizienz und kardiovaskulären Tod. In den ersten drei Monaten erfolgten monatliche, danach 3-monatliche Untersuchungen (RR-Messung in der Praxis, klinische Untersuchung, Labor, Fragebögen zu Endpunkten). Die geplante mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 5 Jahre.