

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängiges
Informationsblatt



Gegründet von
H. Herxheimer, M. Schwab,
H.-W. Spier
Herausgeber
Dietrich von Herrath,
Wolf-Dieter Ludwig,
Jochen Schuler

Schriftleitung
Dietrich von Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,
Wolfgang Oelkers, Thomas Schneider,
Jochen Schuler
Mitarbeiterinnen
Josefa Lehmke, Gisela Schott

Jahrgang 51
Nr. 12
Berlin
Dezember 2017

www.der-arzneimittelbrief.de



Die neue US-amerikanische Leitlinie zur arteriellen Hypertonie [CME]

Zusammenfassung: Die neue US-amerikanische Leitlinie zur arteriellen Hypertonie setzt neue Grenzwerte. Bereits bei einem systolischen RR > 120 mm Hg gilt der Blutdruck als „erhöht“, und bei > 130 mm Hg (bzw. > 80 mm Hg diastolisch) besteht eine Hypertonie Grad 1. Die neuen Definitionen leiten sich aus den gut abgesicherten Befunden ab, dass ab einem systolischen RR von 120 mm Hg das kardiovaskuläre Risiko log-linear ansteigt. Das Behandlungsziel ist bei den meisten Indikationen und Betroffenen $\leq 130/80$ mm Hg. Durch diese neuen Definitionen nimmt die Prävalenz der Hypertonie formal deutlich zu (wie für die USA berechnet). Für Patienten mit Hypertonie Grad 1 und geringen kardiovaskulären Risiken werden zunächst nur nicht medikamentöse Interventionen empfohlen. Deshalb steigt die Zahl der Patienten, die zusätzlich mit Antihypertensiva zu behandeln sind, nur gering an.

Die neue, sehr umfangreiche US-amerikanische Leitlinie zu Prävention, Entdeckung, Abklärung und Behandlung der arteriellen Hypertonie (1, 2) hat sofort ein großes Medienecho gefunden. Insbesondere die Definition, was nun als erhöhter Blutdruck (RR) gelten soll, wird teilweise missstrausch als mögliche interessengelenkte Krankheitsausweitung diskutiert. „DER TAGESSPIEGEL“ schrieb beispielsweise: „Als Gesunder ins Bett gehen, als Kranker aufwachen: Das ist dieser Tage 30 Millionen Amerikanern passiert“ (3).

Dabei deutete sich eine neue Definition der RR-Grenzwerte und Stadieneinteilung bereits seit längerem an (vgl. 4). Sie basiert auf mehreren unabhängigen Metaanalysen sowie den Ergebnissen aus den SPRINT- und ACCORD-Studien (5, 6). Demnach steigt das Risiko für kardiovaskulär (CV) bedingte Todesfälle (Schlaganfall, Herz- oder andere vaskuläre Erkrankungen) ab einem systolischen RR von 115 und einem diastolischen RR von 75 mm Hg log-linear an. Wie in den meisten biologischen Systemen beginnt das höhere Risiko nicht ab einem bestimmten Schwellenwert, sondern steigt kontinuierlich an. Als Faustregel wird genannt: pro 20 mm Hg Anstieg des systolischen bzw. 10 mm Hg des diastolischen RR verdoppelt sich das CV-Risiko (1, 2). Deshalb ist es auch nachvollziehbar, dass nun ab systolischen RR-Werten von 120 mm Hg von „erhöhtem Blutdruck“ gesprochen wird (vgl. Tab. 1). Der Empfehlungsgrad dieser Definitionen erhielt die Klasse 1 (stark), die Evidenz den Grad „B-NR“ (Daten aus nicht randomisierten Studien oder Metaanalysen derartiger Studien).

Bislang galten die Grenzwerte aus dem „7. Report des US Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure“ (JNC 7; vgl. 7). Hier wurde erst ab einem systolischen RR ≥ 140 mm Hg und

Inhalt

Die neue US-amerikanische Leitlinie zur arteriellen Hypertonie	89
Dapagliflozin bei Diabetes mellitus Typ 1	91
Antidot Idarucizumab bei Blutungen unter Dabigatran: kein „Ausschalter“	92
Nochmals antikoagulatorische Tripel-Therapie: RE-DUAL-PCI-Studie – eine vergebene Chance	94
Opiode in der Therapie nicht tumorbedingter Schmerzen: Absetzen ist möglich und kann sogar die Beschwerden lindern	95
Leserbrief: SGLT2-Hemmer: Amputationen bei Behandlung mit Canagliflozin bzw. Empagliflozin	96

Dosisangaben ohne Gewähr.

einem diastolischen RR ≥ 90 mm Hg von Hypertonie gesprochen. Systolische RR-Werte zwischen 120-139 mm Hg sowie diastolische zwischen 80-89 mm Hg wurden als „Prähypertonie“ bezeichnet. Dieser diagnostische Fachausdruck verschwindet nun in der neuen Leitlinie und wird in die zwei Kategorien „erhöhter Blutdruck“ und Hypertonie Stadium 1 aufgeteilt. Die Abschaffung des Begriffs „Prähypertonie“ wird damit begründet, dass dieser das ab 120/80 mm Hg bereits erhöhte CV-Risiko nicht angemessen abbildet.

Behandlungsziele: 1. Bei Erwachsenen mit arterieller Hypertonie und manifester CV-Erkrankung oder einem erhöhten CV-Risiko ($\geq 10\%$ Ereigniswahrscheinlichkeit in 10 Jahren, berechnet nach dem ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease)-Risikokalkulator; 8) soll der Blutdruck auf $< 130/80$ mm Hg gesenkt werden (Empfehlungsgrad 1 = stark), Evidenzgrad für den systolischen Zielwert „B-R“ (mittelgradige Evidenz aus ≥ 1 randomisierten kontrollierten Studie oder Metaanalysen mit mittelgradiger Qualität) und für den diastolischen Zielwert „C-EO“ (Expertenkonsens). Dieser Empfehlung liegt ein von der Autorengruppe selbst erstelltes systematisches Review zu Grunde, das leider noch nicht schriftlich publiziert ist (9). Eine zweite aktuelle Metaanalyse, die 42 Studien und > 144.000 Patienten einschloss, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: Demnach existiert eine lineare Beziehung zwischen der erzielten Senkung des systolischen Blutdrucks und der CV-Mortalität. Das geringste Risiko besteht, wenn der systolische RR auf 120-124 mm Hg gesenkt wird (10). Die Kopplung des RR-Zielwerts an das errechnete CV-Grundrisiko ist neu und lehnt sich an die Therapieziele bei der Lipidsenkung an (vgl. 14). Es soll kein Messwert behandelt, sondern ein Risiko gesenkt werden.

In die Berechnung des CV-Gesamtrisikos anhand des verwendeten ASCVD-Risikorechners gehen ein: Alter, Ethnie, Geschlecht, Cholesterinwerte (Gesamt, LDL, HDL), systolischer RR, Raucherstatus, sowie die Situation, ob bereits eine Prävention mit ASS, Statin und Antihypertensiva erfolgt.