Gespräch mit Prof. Hermann H. Klein, Klinikum Idar-Oberstein

ACC-Highlights unter der Lupe: Was bedeuten sie für die Praxis?

Prof. Dr. med.
Hermann H.
Klein, Klinikum
Idar-Oberstein

■ **CardioVasc:** In Atlanta kam wieder eine alte Diskussion zur richtigen Blutdruckeinstellung auf, vor allem durch die ACCORD-BP- und die INVEST-Studie. Wo liegt nun der optimale Bereich für hypertone Diabetiker oder hypertone KHK-Patienten und wo liegt das untere Limit, ab dem es gefährlich wird? Klein: Epidemiologische Studien legen nahe: Je niedriger der Blutdruck, desto besser die kardiovaskuläre Prognose. Gedanklich hat man dies auch auf Patienten, z. B. Diabetiker mit Bluthochdruck, übertragen. Die Europäische Gesellschaft für Hypertonie hat in ihrer überarbeiteten Fassung von 2009 bereits darauf hingewiesen, dass es keine guten Studien gibt, die einen Blutdruck von < 130/80 mmHg als Ziel für hypertensive Diabetiker fordern.

Zielblutdruck von < 130/80 mmHg zu straff für hypertone Diabetiker

Diese Auffassung wurde in der ACCORD-Blutdruckstudie bestätigt. Der primäre Endpunkt wurde bei einem mittleren systolischen Blutdruck von 119,3 mmHg im Vergleich zu einer sanfteren Reduktion auf 133,5 mmHg nicht gesenkt. Lediglich die Schlaganfallrate war bei niedrigerem Blutdruck signifikant geringer. Die weitere Analyse der INVEST-Studie, in der alle Patienten einen erhöhten RR und eine KHK hatten, zeigte darüber hinaus eine vermehrte Sterblichkeit bei systolischen RR-Werten von < 110 mmHg. Die Studien sprechen derzeit dafür, Risikopatienten wie Diabetiker auf einen Zielblutdruck von systolisch um 130 mmHg einzustellen.

Konzept „Je niedriger, desto besser“ nicht haltbar

Je mehr Pharmaka man dafür braucht, desto wahrscheinlicher werden Nebenwirkungen wie Synkopen, Hypotensionen, Bradykardien und Elektrolytentgleisungen auftreten. Bei älteren Patienten kann man auch noch höhere systolische Blutdruckwerte akzeptieren.

Persönlich habe ich den Eindruck, dass viele Kollegen gerade bei älteren Patienten einen höheren Blutdruck von systolisch z. B. 150 mmHg nicht mehr akzeptieren möchten. Diese Patienten sehe ich dann häufig in der Klinik zur Synkopenabklärung. Also, das Konzept „je niedriger der Blutdruck desto besser“ ist definitiv nicht haltbar.

Duale RAAS-Hemmung hat den Praxistest nicht bestanden

■ **CardioVasc:** Die konservative, medikamentöse Therapie sowohl der KHK, als auch der Arrhythmien (v. a. Vorhofflimmern) und der Herzinsuffizienz scheint an ihre Grenzen gestoßen zu sein, jedenfalls lassen einige Studien darauf schließen (ASPIRE, RACE-II). Woran liegt das? Haben manche Konzepte wie die duale RAAS-Hemmung den Praxistest nicht bestanden? Und was bedeutet das für die Kostenentwicklung, wenn zunehmend alternative Lösungen gesucht werden?

Klein: Es ist richtig, zurzeit werden Fortschritte in der kardiovaskulären Pharmakotherapie nur in kleinen Schritten vollzogen. Vor gut 10 bis 20 Jahren wurden wir mit positiven Statin- und RAAS-Blocker-Studien verwöhnt. Vor 25 Jahren wurde die Infarktsterblichkeit noch durch die Reperfusionstherapie um 30–40% vermindert. Jetzt sind wir schon glücklich, wenn ein Surrogatparameter signifikant in die richtige Richtung therapiert wird.

Von ausgefallenen Individualkonstellationen abgesehen hat die duale RAAS-Blockade, sei es mit einem zusätzlichen Sartan oder dem Renininhibitor Aliskiren, enttäuscht. Die ON-TARGET-Studie hat die Grenzen für die Kombination ACE-Hemmer und Sartan aufgezeigt. Die klinischen Endpunktstudien mit

Aliskiren müssen wir einfach abwarten.

In der RACE-2-Studie wurden die Ereignisse bei Patienten mit Vorhofflimmern und mittleren Herzfrequenzen von etwa 85/min gegen im Mittel von etwa 75/min verglichen. Sowohl die Ereignisraten als auch die Symptomatik unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen nicht.

Es ist richtig, dass die kathetertechnische Behandlung des Vorhofflimmerns gerade erst begonnen hat. Da es sich bei dieser Erkrankung um eine „Volksseuche“ handelt, sind die Kosten für die symptomatische Verbesserung dieser Erkrankung durch kathetertechnische Eingriffe nicht abzuschätzen. Hierbei könnte das Gesundheitswesen schon auf eine arge Probe gestellt werden.

DOSE: höhere Diuretikadosis bringt nicht viel, schadet aber auch nicht

■ **CardioVasc:** Etwas verblüfft nahm man die DOSE-Studie zur Kenntnis, in der angeblich erstmalig die Diuretikadosierung bei der Herzinsuffizienz hinterfragt wurde, mit schier unfassbaren Ergebnissen: Es ist egal, wie man das Furosemid appliziert, Hauptsache man dosiert es nicht zu niedrig. Ist das die Volksbotschaft aus DOSE?

Klein: Bei Diuretika und Herzinsuffizienz haben wir einen Mangel an Studien, insbesondere bei der Dauertherapie. Die DOSE-Studie hat sich mit der akuten Gabe von Furosemid beschäftigt. Verglichen wurden eine höhere und eine niedrigere Dosierung intravenös, die entweder als Bolus zweimal pro Tag oder als Dauerinfusion gegeben wurden. Die höhere Dosis führte tendenziell zu einer schnelleren Symptomverbesserung. Signifikante Nachteile stellten sich dadurch nicht ein. Die zweimalige i. v. Gabe von Furosemid pro Tag ist sicherlich praktikabler als eine Dauerinfusion. Studien wie die DOSE-Studie sind in der Durchführung nicht so einfach, da es für solche „alten“ Substanzen bei uns in Deutschland keinen Sponsor gibt.

Das Gespräch führte Jochen Aumiller. ■