lichen Standardtherapie (inklusive Beta-blocker und ACE-Hemmer) gegeben wird: Die Gesamtmortalität nahm relativ um 31% ab, die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 32% und das Risiko, am plötzlichen Herztod zu versterben, sogar um 37%.

Konsequent weiterbehandeln

Für einen anhaltenden Therapieerfolg ist darauf zu achten, dass die in der Klinik begonnene Behandlung mit Eplerenon konsequent fortgesetzt wird. Dies untermauern die Langzeitdaten der EPHEUS-Studie: Nach 16 Monaten lag die Gesamtmortalität in der Eplerenongruppe um 15% und das Herztodrisiko um 21% niedriger als in der Kontrollgruppe.

Eine Behandlung mit Eplerenon scheint bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz generell sinnvoll zu sein (sofern keine Kontraindikationen vorliegen). Zu diesem Ergebnis kommt die kürzlich vorgestellte EMPHASIS-Studie: Bereits bei Patienten mit Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II wirkte der Aldosteronblocker lebensverlängernd.

■ Dr. med. Kirsten Westphal
Quelle: Satellitensymposium, 58. Ärztekongress Berlin/CHARITÉ Fortbildungsforum, 5. November 2010 (Veranstalter: Pfizer)

Typ-2-Diabetiker mit Hypertonie

Wie weit muss der Blutdruck runter?

— Diabetiker mit einem metabolischen Syndrom sind kardiovaskulär besonders gefährdet. Neben der Optimierung der Stoffwechselsituation benötigen sie auch eine effektive antihypertensive Therapie. „Eine Normalisierung des Blutdrucks gilt als besonders effektives Instrument zur Outcome-Verbesserung bei Diabetikern“, so Prof. Diethelm Tschöpe, Bad Oeynhausen.

In der ADVANCE-Studie wurden bei Typ-2-Diabetikern zwei Fragen untersucht: 1. Welchen Effekt hat die intensivere Blutzuckereinstellung mit einem Sulfonylharnstoff? 2. Wie wirkt sich die zusätzliche Gabe von Perindopril plus Indapamid (BiPreterax®N) auf kardiovaskuläre Endpunkte aus?

„Die jährliche Ereignisrate konnte am stärksten reduziert werden, wenn zusätzlich zur intensiven Blutzuckerkontrolle eine Therapie mit Perindopril und Indapamid erfolgte“, so Tschöpe. Die Studie habe überzeugend gezeigt, dass eine Absenkung des Blutdrucks auf 135/75 mmHg auch die Progression einer Niereninsuf-

fizienz verhindere. Gleichzeitig wurde eine Regression einer bestehenden Nephropathie erreicht, wie Prof. Roland E. Schmieder, Erlangen, berichtete.

Neue Vorgabe in den Leitlinien

Auch wenn die Nephroprotektion nahezu linear mit der Blutdruckabsenkung zunimmt, liegt für den bisher empfohlenen Zielwert von unter 130/80 mmHg keine überzeugende Evidenz vor. Vielmehr muss man nach der ACCORD-Studie davon ausgehen, dass eine Absenkung auf 120/70 mmHg allenfalls eine geringfügige Abnahme der Schlaganfallinzidenz bewirkt, für die Prognose insgesamt jedoch irrelevant ist. „Deshalb sind die Leitlinien angepasst worden“, so Tschöpe. Angestrebt werden sollte heute ein Korridor zwischen 139/85 und 130/80 mmHg, wobei das genaue Ziel abhängig vom Gefäßrisiko des einzelnen Patienten definiert werden sollte.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen
Quelle: Pressegespräch, Berlin, 3. Dezember 2010 (Veranstalter: Servier)

Schmerzen mit nozizeptiver und neuropathischer Komponente

Zwei Pathomechanismen, ein Analgetikum

— Das Schmerzmedikament Tapentadol (Palexia® retard) bedient gleich zwei analgetische Mechanismen: einen μ -Opioidrezeptor-Agonismus und eine Noradrenalinwiederaufnahme-Hemmung. Damit können Schmerzen, die sowohl eine nozizeptive als auch eine neuropathische Komponente aufweisen, erfolgreich behandelt werden, sagte Prof. Ralf Baron, Kiel.

„Die Wirkung von Tapentadol ist je nach Schmerzsituation unterschiedlich ausgeprägt“, führte Baron aus. Bei neuropathischen Schmerzen, hier sind zahlreiche afferente Fasern und damit präsynaptische μ -Opioidrezeptoren degeneriert, überwiegt die noradrenerge Komponente der deszendierenden Schmerzmo-

dulation. Im Falle nozizeptiver Schmerzen kommt die μ -Wirkung zum Tragen.

Vorteile gegenüber dem Opioid

Die Wirksamkeit belegt eine gepoolte Analyse von drei Phase-III-Studien. Patienten mit schmerzhafter Kniearthrose oder chronischen Rückenschmerzen wurden mit Tapentadol, Placebo oder Oxycodon behandelt. „Während der zwölfwöchigen Erhaltungsphase führte Tapentadol zu einer signifikanten Reduktion der Schmerzintensität gegenüber Placebo.“

Verglichen mit Oxycodon zeigte Tapentadol eine gleiche Wirksamkeit – bei einem besseren Verträglichkeitsprofil. Vor allem gastrointestinale und ZNS-Nebenwirkungen traten seltener auf, be-

tonte Baron. Dies resultierte auch in weniger Therapieabbrüchen: 61,7% unter Oxycodon vs. 43,5% unter Tapentadol.

Um die Anteile von neuropathischen und nozizeptiven Schmerzen besser erkennen zu können, empfiehlt Baron den PainDetect-Fragebogen. Gerade bei den zahlreichen Patienten, die eine Mischform aufweisen, greift Tapentadol. Laut Baron zeigt die neue Substanz beim Subkollektiv mit überwiegend nozizeptiver Komponente und bei Patienten mit vorherrschend neuropathischen Schmerzen „eine vergleichbare Wirksamkeit“.

■ Reimund Freye
Quelle: Satellitensymposium, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim, 7. Oktober 2010 (Veranstalter: Grünenthal)