Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt,
befragen wir Sie in

Kooperation mit **tns** infratest

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!

Nebenwirkungen bei Kombination ACE-Hemmer plus AT₁-Blocker

Bei der immer wieder einmal propagierten Kombination von ACE-Hemmern mit AT₁-Rezeptorblockern kommt es bei älteren Patienten vermehrt zu renalen Nebenwirkungen und Hyperkaliämie.

— In den zentralen Datenbanken der Provinz Alberta (Kanada) werden für alle 3,5 Millionen Einwohner neben den demografischen Merkmalen auch Laborwerte, Krankenhausaufnahmen, Notfallbehandlungen und Haftungsklagen erfasst. In die Auswertung gingen die Daten von 24 800 Patienten jenseits des 65. Lebensjahres (im Mittel 76 Jahre) ein, für die zwischen 2002 und 2006 mindestens zwei Verschreibungen eines ACE-Hemmers, eines AT₁-Rezeptorblockers oder deren Kombination ausgestellt wurden. Die Dauer der Behandlungen bzw. der Übergang von Mono- auf Kombinationstherapie wurden berücksichtigt.

Verdopplung des Serumkreatinins, terminale Niereninsuffizienz oder Tod waren als kombinierter, primärer renal-er Endpunkt definiert. Diesen erreichten unter Monotherapie 2,4, unter Kombinationstherapie 5,2 von 1000 Patienten pro Monat. Eine Hyperkaliämie von 6,0 mmol/l oder höher entwickelten 0,9 bzw. 2,5 Patienten (ebenfalls pro 1000 pro Monat; s. Tab. 1). Das Risiko war höher bei Patienten im höheren Alter, mit eingeschränkter Nierenfunktion, verschiedenen Komorbiditäten, Diabe-

tes, Einnahme kaliumsparender Diuretika und bei einigen anderen Risiken, doch sind die genannten Zahlen für alle diese Einflussfaktoren korrigiert.

Kommentar

Es gibt Hinweise, dass die Kombination von ACE-Hemmern mit AT₁-Rezeptorblockern bei diabetischer Nephropathie oder eingeschränkter linksventrikulärer Funktion günstiger wirkt als die Monotherapie mit einer der beiden Substanzen. Allerdings wurden in mehreren kontrollierten, klinischen Studien unter der Kombination auch vermehrt Nebenwirkungen, nämlich Verschlechterungen der Nierenfunktion und Hyperkaliämien beobachtet. Die Hoffnung, dass außerhalb von klinischen Studien mit der Möglichkeit zu individueller Dosierung und engmaschiger Überwachung solche Nachteile vermieden werden können, hat sich durch die vorliegende Auswertung von Daten aus dem Praxisalltag nicht bewahrheitet. Bemerkenswert ist, dass eine Kombination aus den beiden Hemmern des Renin-Angiotensin-Systems am ehesten bei Patienten mit Herzinsuffizienz und Proteinurie gerechtfertigt ist, dass aber bei 86,4% der Patienten mit Kombinationstherapie diese Begleiterkrankungen fehlten. Vorsicht bei der Kombinationstherapie ist also geboten.

H. HOLZGREVE ■

■ F. A. McAlister et al.

The safety of combining angiotensin-converting-enzyme inhibitors with angiotensin-receptor blockers in elderly patients: a population-based longitudinal analysis. Can. J. Med. Ass. 2011 DOI:10.1503/cmaj.101333

Tabelle 1

	Monotherapie	Kombination	Risikoanstieg
Patientenzahl	23 376	1424	
Primärer renal-er Endpunkt	2,4*	5,2*	2,36-fach
Hyperkaliämie ≥ 6,0 mmol/l	0,9*	2,5*	2,42-fach

* Ereignisse (1000 Patienten/Monat)

Häufigkeit renal-er Endpunkte (Verdopplung des Serumkreatinins, terminale Niereninsuffizienz oder Tod) und Hyperkaliämie unter Mono- und Kombinationstherapie.