Neues Duo gegen Hochdruck

Renin-Hemmer/Amlodipin-Kombi besonders wirkstark

— Diabetiker mit Bluthochdruck benötigen häufig mehrere Antihypertensiva – selbst bei dem jüngst nach oben korrigierten Blutdruckzielkorridor von 130–139/80–85 mmHg. Bei metabolischen Problemen werden heute eher RAAS-Blocker/Kalziumantagonisten- als RAAS-Blocker/Diuretika-Kombinationen empfohlen, berichtete Prof. Carsten Tschöpe, Berlin. Basis der Empfehlung ist die ACCOMPLISH-Studie: Hier senkte ein ACE-Hemmer/Amlodipin-Duo bei 11 000 Hypertonikern im Laufe von im Schnitt drei Jahren die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität signifikant besser als eine ACE-Hemmer/HCT-Kombination. 60% der Studienpatienten waren Diabetiker, 86% hatten Übergewicht.

Warum Renin-Inhibition?

Seit kurzem steht mit Aliskiren/Amlodipin (Rasilamlo®) eine weitere, neuartige RAAS-

Blocker/Kalziumantagonist-Fixkombination zur Verfügung. Der direkte Renin-Inhibitor hat Tschöpe zufolge einige potenzielle Vorteile gegenüber ACE-Hemmern oder AT₁-Blockern: Als einziger RAAS-Blocker senkt er die Plasma-Renin-Aktivität, ein Marker für kardiovaskuläre Komplikationen. In Studien zeigte er eine stärkere und länger anhaltende (Halbwertszeit: 40 Std.) Blutdrucksenkung als Vergleichssubstanzen.

Ein weiteres Plus könnte die direkte Wirkung an der Niere auf lokale RAAS-Systeme sein. Einen ersten Hinweis ergab die AVOID-Studie, in der der Renin-Inhibitor die Proteinurie bei Diabetikern mit Nephropathie reduzierte – zusätzlich zu einer optimalen Blutdrucksenkung.

Die Wirkpotenz von Aliskiren/Amlodipin zeigte u. a. die AWESOME-Studie, an der 342 Patienten mit moderater Hyperto-

nie teilnahmen, bei denen zunächst alle Antihypertensiva abgesetzt wurden. Anschließend wurden sie vier Wochen lang auftitrierend mit Olmesartan/Amlodipin 40/10 mg/d behandelt. Nach dieser Zeit war der Blutdruck von 169/104 mmHg auf 147/94 mmHg gesunken (Mittelwerte). Etwa die Hälfte erreichte das diastolische RR-Ziel < 90 mmHg. Die andere Hälfte wurde auf Aliskiren/Amlodipin 300/10 mg/d umgestellt und weitere vier Wochen behandelt. Dadurch wurde eine weitere RR-Senkung um etwa 5/5 mmHg erreicht. Die diastolische Responderrate erhöhte sich von 50 auf 75%. Beide Kombinationen wurden gut vertragen.

■ Dr. med. Dirk Einecke

Quelle: Pressegespräch „Hypertonie und Diabetes: Besonderheiten, Herausforderungen und neue Optionen“, DGIM-Kongress, Wiesbaden, Mai 2011 (unterstützt von Novartis)

Für den Notfall und für die Praxis

INR-Bestimmung direkt beim Patienten spart wertvolle Zeit

— Bei Schlaganfallpatienten in der Notaufnahme ist die rasche INR-Bestimmung besonders wichtig: Bei ischämischen Schlaganfällen ist ein erhöhter INR-Wert eine Kontraindikation für eine systemische Thrombolyse, die andererseits aber möglichst innerhalb von drei Stunden nach Symptombeginn erfolgen sollte. Bei intrazerebralen Blutungen muss ggf. rasch eine Reversion einer Vitamin-K-Antagonisierung erfolgen. In beiden Fällen verzögert die Bestimmung im Zentrallabor den Therapiebeginn.

Die INR-Bestimmung mit dem Point-of-Care-(POC)-INR-System CoaguChek® korreliert laut Prof. Roland Veltkamp, Heidelberg, in den relevanten Bereichen von 1,5 bis 2,5 gut mit den Werten des Zentrallabors und sparte in einer Evaluationsstudie im Median 28 Minuten bei ischämischen Patienten ein – u. U. wertvolle Zeit, um die Lyse noch im 3-Stunden-Korridor durchführen zu können (Stroke 2009; 40: 3547–51). Bei zerebralen Blutungen lag der Zeit-

© Arteria Photography

Vor systemischer Thrombolyse: INR-Wert rasch abklären!

gewinn für die Einleitung der Gerinnungsumkehr im Vergleich zwischen POC-Bestimmung und der Messung im Zentrallabor initial bei 24 Minuten (Ann Neurol 2010; 67: 788–93). Zudem ermöglichte die schrittweise Gabe von Prothrombincomplex (PPSB) nach INR-Sofortkontrolle eine schnellere Aufhebung der Vitamin-K-Antagonisierung bei gleichzeitig geringerem Verbrauch des PPSB. Dabei ermöglicht die

POC-Bestimmung die bettseitige Antagonisierung mit paralleler OP-Vorbereitung.

Zeitgewinn auch in der Praxis

Dr. Alfred Krämer, Siegen, sieht auch im niedergelassenen Bereich große Vorteile der POC-INR-Bestimmung. Für sie benötigt ein Patient nur fünf Minuten. Patienten mit ausreichender Kompetenz zum Verständnis und zur Durchführung der Selbstmessung profitieren nach entsprechender Schulung: In einer Studie erreichten sie im Selbstmanagement in 80% den angestrebten therapeutischen Bereich, von den Patienten mit im Labor bestimmten Werten nur 60% (Ann Thorac Surg 2001; 72: 44–8). „Es sollte Ziel sein, geeignete Patienten zum Selbstmanagement zu überzeugen“, empfiehlt Krämer.

■ Friederike Klein

Quelle: Satellitensymposium „Management der oralen Antikoagulation – Effizienz in der Klinik und im niedergelassenen Bereich“. DGIM-Kongress, Wiesbaden, Mai 2011 (Veranstalter: Roche Diagnostics)