Hypertonie und Diabetes mellitus

Abnahme der Mikroalbuminurie verbessert die Prognose

— Die arterielle Hypertonie ist – neben der Hyperlipoproteinämie – die häufigste Begleiterkrankung bei Typ-2-Diabetikern. Daraus ergibt sich ein sehr hohes Risiko für die Atherothrombose mit konsekutiven vaskulären Ereignissen am Herz oder Gehirn. „Mit der Bestimmung der Mikroalbuminurie steht uns ein Marker zur Verfügung, der gerade bei hypertonen Diabetikern nicht nur eine beginnende Nephropathie detektiert, sondern wichtige Informationen über das allgemeine Gefäßrisiko liefert“, sagte Prof. Roland Schmieder, Erlangen.

Patienten mit Mikroalbuminurie hätten ein deutlich erhöhtes Risiko für ein kardio- bzw. zerebrovaskuläres Ereignis. Doch Erhebungen hätten gezeigt, dass nur bei einem geringen Teil dieser Patienten nach einer Mikroalbuminurie gefahndet werde.

Auch sei die Blutdruckeinstellung bei hypertonen Typ-2-Diabetikern häufig schlechter als bei stoffwechselgesunden Hypertonikern.

Die Beeinflussung der Mikroalbuminurie ist ein wichtiges Ziel der antihypertensiven Therapie. „Durch eine Abnahme der Mikroalbuminurie kann die vaskuläre Ereignisrate und auch die Mortalität signifikant gesenkt werden“, so Schmieder.

Die meisten hypertonen Diabetiker benötigen eine antihypertensive Kombinationstherapie. Heute empfiehlt sich vorrangig die Kombination eines Hemmers des Renin-Angiotensin-Systems mit einem Diuretikum. „Doch Diuretikum ist nicht gleich Diuretikum“, so Schmieder. Obwohl Hydrochlorothiazid häufig eingesetzt werde, spreche die Evidenz eindeutig für Indapamid. Diese Substanz entfalte nicht nur

eine diuretische Wirkung, sondern senke auch den Gefäßwiderstand.

In der ADVANCE-Studie wurde Perindopril plus Indapamid (BiPreterax®N) bei 11 140 Typ-2-Diabetikern mit oder ohne Hypertonie hinsichtlich des kombinierten Endpunktes aus kardiovaskulärer Mortalität, nicht tödlichem Myokardinfarkt und Nephropathie untersucht. Durch die Kombination konnte der primäre Endpunkt signifikant um 9%, die Gesamtmortalität um 14% und die kardiovaskuläre Mortalität um 18% reduziert werden. „Die Kombination Perindopril plus Indapamid ist eine evidenzbasierte Therapie zur Verbesserung der kardiovaskulären Prognose“, so Schmieder.

■ Dr. med. Peter Stiefelhagen
Quelle: Pressegespräch „Hypertonie-Therapie und Typ-2-Diabetes – wo stehen wir heute?“, Berlin, Dezember 2011 (Veranstalter: Servier)

Spezielles Wirkprinzip gegen chronische Schmerzen

Körpereigene Schmerzhemmung synergistisch aktivieren

© Klaus Rose

Auch Patienten mit degenerativen Erkrankungen profitieren von dem Wirkprinzip.

— Während Opioide auf Rückenmarksebene die Weiterleitung von Schmerzreizen regulieren, greifen verschiedene Neurotransmitter über absteigende Bahnen vom Gehirn zum Rückenmark in das Geschehen ein. Eine wichtige Rolle spielt Noradrenalin, das auf zweifache Weise eine schmerzhemmende Wirkung entfaltet. Wie Prof. Jürgen Sandkühler, Wien, erklärte, inhibiert es pronozizeptive Neurone und aktiviert

zugleich antinozizeptive Nervenzellen (Gassner M et al. Pain 2009; 145: 204–210).

Weniger opioidtypische Nebenwirkungen

Durch die Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung (NRI) stimuliert Tapentadol (Palexia® retard) diesen effektiven Mechanismus der endogenen Schmerzkontrolle. Die NRI-Wirkung ergänzt sich dabei synergistisch mit dem μ -Rezeptor-agonistischen (MOR)-Effekt des Analgetikums (Kress H Eur J Pain 2010; 14: 781–783). Trotz vergleichsweise schwacher Affinität zum μ -Rezeptor linderte Tapentadol chronische Schmerzen in Studien ebenso gut wie Oxycodon Controlled Release (Etropolski M et al. Adv Ther 2011; 28: 401–417). Es verursachte aber deutlich weniger opioidtypische Nebenwirkungen.

Die positiven Studienergebnisse sieht Dr. Uwe Kern, Wiesbaden, im Praxisalltag bestätigt. Im ersten Jahr nach Zulassung hat er rund 160 Patienten mit degenerativen

Erkrankungen, isolierten neuropathischen Schmerzen oder Mixed-Pain-Syndromen und wenige Patienten mit Tumorschmerzen auf Tapentadol eingestellt. Exemplarisch berichtete Kern über eine Patientin mit Post-Diskotomie-Syndrom, die unter einem Stufe-III-Opioide unter dosislimitierenden Nebenwirkungen litt. Nach Umstellung auf Tapentadol gingen die Schmerzen in den ersten drei Monaten deutlich und – trotz gleichbleibender Dosierung von 2 x täglich 200 mg – anschließend noch weiter zurück. Nebenwirkungen traten nicht auf. Für opioidnaive Patienten werden 2 x täglich 50 mg Tapentadol als Startdosis empfohlen. Vorbehandelte Patienten benötigen bei einer Umstellung ggf. eine höhere Anfangsdosis.

■ Dr. Matthias Herrmann
Quelle: Symposium „Warum benötigt die Schmerztherapie einen neuen Schlüssel? Neue Erkenntnisse und Erfahrungen mit Tapentadol“, Deutscher Schmerzkongress, Mannheim, Oktober 2011 (Veranstalter: Grünenthal)