Prof. Düsing's Tricks zur Aufdeckung von Non-Compliance

„Nur knapp 10% aller Hypertoniker sind wirklich resistent!“

Die Diagnose „Therapieresistenz“ sollte man bei Hypertonie nicht leichtfertig stellen. Denn weniger als jeder zehnte Patient ist therapierefraktär, sagt Prof. Rainer Düsing, Bonn. Als Faustregel kann man sich merken, dass je ein Drittel aller Hypertoniker ein, zwei bzw. drei oder mehr Antihypertensiva benötigt, um den Blutdruck zu kontrollieren.

Test auf sekundäre Hypertonieformen

Den richtigen Zeitpunkt für eine eingehende Diagnostik bzgl. sekundärer Hypertonieformen sieht Düsing gekommen, wenn der Patient mit drei Antihypertensiva (eines davon muss ein Diuretikum sein!) nicht auf Zielwert kommt. Vorher kann das allenfalls orientierend erfolgen, denn die Fachdiagnostik ist aufwendig und teuer.

Compliance überprüfen

Außerdem sollte der Arzt zu diesem Zeitpunkt die Compliance überprüfen. Dazu gehört, das Thema mit dem Patienten und ggf. mit den Angehörigen explizit anzu-

sprechen, erläutert Düsing. Der V.a. schlechte Compliance ergibt sich, wenn Folgeverordnungen nicht zum absehbaren Zeitpunkt abgerufen werden, sondern deutlich später. In den USA haben sich ferner sog. Adhärenz-Scores etabliert, mit deren Hilfe der Arzt einer schlechten Therapietreue auf die Schliche kommt.

Praxishypertonie ausschließen

Außerdem rät Düsing vor Diagnose einer Therapieresistenz noch einmal zu einer Blutdrucklangzeitmessung zum Ausschluss einer Praxishypertonie.

„Etwa 90% aller Hypertoniker sind mit einer Tablette pro Tag einstellbar.“

Fixkombinationen einsetzen

Generell können heute etwa 90% aller Hypertoniker mit einer Tablette pro Tag gut eingestellt werden, sagt Düsing. Fixkombinationen, die von Fachgesellschaften zunehmend empfohlen werden, erleichtern die Therapieadhärenz erheblich. Zu präferieren sind RAS-Blocker, Kalziumantagonisten und Diuretika, die zunächst in Zweierkombinationen und ggf. später in Dreierkombinationen eingesetzt werden.

Die beiden verfügbaren Dreifach-Fixkombinationen wurden kürzlich in einer 8-Wochen-Studie direkt miteinander verglichen (Expert Opin Pharmacother 2012; 13:629–36), berichtete Düsing. Dabei zeigte die Kombination mit Valsartan (Exforge HCT®) eine etwas stärkere Wirksamkeit gegenüber der Kombination mit Olmesartan. Die Blutdruckdifferenz betrug 4,1/2,1 mmHg und bestätigte sich auch in der 24-h-Messung.

■ Dr. med. Dirk Einecke
Quelle: Pressekonferenz „Richtig kombiniert: Das Rezept für gesündere Hypertoniker“, ESC-Kongress, München, August 2012 (Veranstalter: Novartis)

Hepatitis C

Proteasehemmer verbessern Heilungschancen

Nach der Markteinführung von Proteasehemmern wie Boceprevir haben mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infizierte Patienten deutlich bessere Chancen, diesen gefährlichen Erreger dauerhaft aus dem Körper zu eliminieren. Auf etwa 75% bezifferte Prof. Jörg Petersen, Hamburg, die Erfolgsaussichten, bei HCV-Patienten mit Genotyp 1 mittels direkter antiviraler Therapie ein anhaltendes virologisches Ansprechen (SVR = sustained viral response) zu erzielen. Dies ist der Fall, wenn kürzlich zugelassene Proteasehemmer wie Telaprevir oder Boceprevir mit einer konventionellen Therapie (pegyliertes Interferon-alpha/Ribavirin) kombiniert werden.

Der Einsatz der Proteasehemmer hat jedoch seinen Preis. Unter Alltagsbedin-

gungen liegt die Nebenwirkungsrate offenbar deutlich über der im Rahmen klinischer Studien beobachteten Quote, bilanzierte Petersen die ersten Praxiserfahrungen. Nach kürzlich vorgestellten Studiendaten kam es bei zirrhotischen HCV-Patienten unter Telaprevir in 49% und unter Boceprevir in 38% der Fälle zu gravierenden Nebenwirkungen (Hezode C. et al., EASL 2012, #8). Aufgrund einer häufig auftretenden Anämie sind regelmäßige Blutbildkontrollen obligat – ebenso wie Bestimmungen der Viruslast mittels HCV-RNA.

Stoppregeln beachten

Nicht zuletzt auch aufgrund des Nebenwirkungspotenzials sollten nach Empfehlung von Petersen die sich permanent weiter-

entwickelnden „Stoppregeln“ beachtet werden. Keinen Sinn mache die Weiterbehandlung mit Boceprevir (Victrelis®), wenn zwölf Wochen nach Start eines Lege artis durchgeführten Behandlungsprotokolls die HVC-RNA auf Werten oberhalb von 100 IE/ml verharret bzw. nach 24 Wochen noch HVC-RNA nachweisbar ist. Im Fall klinisch relevanter Anämien hält Petersen eine maßvolle Dosisreduktion von Ribavirin für eine adäquate Maßnahme, die das virologische Ansprechen (SVR) den präsentierten Daten zufolge nicht beeinträchtigt.

■ Dr. med. Ludger Riem
Quelle: Symposium „HIV und HCV: Neues und Bewährtes in der Therapie“, Köln, April 2012 (Veranstalter: MSD Sharp & Dohme)