Hyperurikämie

Medikamentöse Harnsäuresenkung nicht erst bei Symptomen beginnen

„Bei älteren Patienten verläuft ein Gichtanfall oft ohne die klassischen Symptome“, sagte Prof. Monika Reuss-Borst, Rheumatologin aus Bad Kissingen. Eher komme es zu polyartikulärem Befall, bei dem häufig die Armgelenke betroffen seien, sowie einer häufigen und frühzeitigen Bildung von Tophi.

Bereits eine asymptomatische Hyperurikämie induziere kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz oder Arthrose. Die Gesamtmortalität sei erhöht, so Reuss-Borst. „Wir müssen weg von dem Gedanken, dass erst ein entzündetes Gelenk der Ausgangspunkt für eine Therapie ist.“ Sie setze selbst daher bereits auf eine Be-

handlung mit harnsäuresenkenden Medikamenten, wenn es noch keine klinischen Symptome gebe, sich aber strukturelle Veränderungen im Ultraschall nachweisen ließen.

Rasche Harnsäure-Reduktion

„Allopurinol als First-Line-Therapie hat sich dabei als nicht ausreichend effektiv herausgestellt“, meinte Reuss-Borst. 62% der Patienten würden den Zielwert von unter 6 mg/dl nicht erreichen [Kanna et al. Ann Rheum Dis 2012;71:443. Auch in Metaanalysen habe sich Febuxostat (Adenuric®), ein selektiver Nicht-Purin-Xanthinoxidase-Hemmer, als effektiver herausgestellt. Reuss-Borst verwies auf

die FORTE-Studie, in der unter Febuxostat 67% der Patienten innerhalb von vier Wochen ihre Harnsäurewerte von durchschnittlich etwa 9 auf rund 6 mg/dl reduzieren konnten [Tausche AK et al. Int J Rheumatol 2014;123105]. Febuxostat interagiere zudem nur geringfügig mit anderen Wirkstoffen – bei älteren Patienten mit Mehrfachmedikation sei dies besonders wichtig. Auch müsse die Dosis bei älteren Patienten und solchen mit eingeschränkter Nierenfunktion nicht angepasst werden.

—
Anne Bäurle

■ Presse-Lunch „Harnsäure-Update – Was APIs und Diabetologen für die Praxis wissen sollten“; Frankfurt am Main, 19. Februar 2016 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

Perindopril/Amlodipin

Neue Fixkombination für die Ersteinstellung bei Hypertonie

— Etwa 70% der 20 Millionen Hypertoniker in Deutschland werden inzwischen therapiert, bei ca. 50% ist der Blutdruck kontrolliert, berichtete Prof. Roland Schmieder, Erlangen. Man dürfe aber nicht locker lassen, so der Hypertensiologe: „Wir sollten anstreben, über 70% der Patienten zu kontrollieren.“

Mit der Fixkombination Perindopril/Amlodipin (Viacoram®) ist seit Kurzem eine neue Option für die First-Line-Therapie von neu diagnostizierten Hypertonikern auf dem Markt. Schmieder sieht gute Gründe, Hypertoniepatienten von Anfang an auf eine Fixkombi einzustellen: Effektive Blutdrucksenkung, schnelleres Erreichen der Zielwerte, sinkende Tablettenlast, bessere Compliance – und weniger Nebenwirkungen.

Perindopril/Amlodipin wird in zwei Dosierungen angeboten: 3,5/2,5 mg und

7/5 mg. Mit einer täglichen Einnahme wird eine zuverlässige 24-Stunden-Wirkung erzielt. Die Startdosis erwies sich in einer Vergleichsstudie mit 1.581 Patienten nach zwei Monaten als mindestens ebenso effektiv wie Monotherapien mit Perindopril 5 mg oder Amlodipin 5 mg (RR-Senkung 22/14 vs. 18/11 vs. 22/13 mmHg). Mit 44% vs. 33% vs. 38% erreichten mehr Patienten ihr Blutdruckziel unter 140/90 mmHg.

Zügige RR-Senkung ist wesentlich

Schmieder erinnerte daran, dass sich die Kombination ACE-Hemmer/Kalziumantagonist in großen Endpunktstudien sowohl gegenüber Atenolol/Thiazid [Dahlof B et al. Lancet 2005;365:895–905] als auch gegenüber ACE-Hemmer/Diuretikum [Jamerson K et al. N Engl J Med 2008] als überlegen erwiesen hatte.

© Klaus Rose

Blutdruckkontrolle muss das Ziel sein.

Wesentlich sei auch, dass der Blutdruck zügig gesenkt wird, weil dies erwiesenermaßen die Prognose verbessere.

—
Dr. Dirk Einecke

■ Pressegespräch „Viacoram® – neues First-Line-Therapiekonzept bei arterieller Hypertonie“ im Rahmen der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK); Berlin, 9. Oktober 2015 (Veranstalter: Servier)