Hypertonie und Salz

Salzspar-Challenge für gesunden Blutdruck

— Viel Salz fördert das Risiko für hohen Blutdruck, sagte PD Dr. Ralf Dechend, Charité Berlin. Um auf das Thema Salz und Hypertonie aufmerksam zu machen, hat Novartis zusammen mit Dechend die Patientenbroschüre „Mit we-

nig Salz schmeckt's auch“ herausgebracht. So sollen Menschen zu einem (blutdruck-)bewussten Leben motiviert werden. Jedes Gramm Salz, das beim Kochen eines dieser Rezepte eingespart wird, kommt in Euro umgerechnet gemeinnützigen Organisationen zugute. Dabei sind bereits 12.000 Euro zusammengekommen, berichtete Dr. Yvonne Klein, Novartis, Nürnberg.

Der Zusammenhang zwischen Salz und Hypertonie spielte auch eine Rolle in der SPRINT-Studie. Im Zentrum aber stand der protektive Effekt einer intensiveren Blutdrucksenkung auf unter 120 mmHg systolisch. Teilnehmer waren Hypertoniepatienten mit hohem kardiovaskulären Risiko ohne Diabetes. Unter der intensivierten Behandlung mit durch-

schnittlich 2,8 Antihypertensiva täglich wurde das Blutdruckziel erreicht. Kardiovaskuläre Ereignisse und kardiovaskulärer Tod gingen signifikant um 25% mehr zurück als in der Kontrollgruppe, deren Blutdruck auf knapp 140 mmHg abgesenkt wurde, erklärte Dechend.

Benötigen Patienten drei Antihypertensiva, empfehlen die Leitlinien der European Society of Cardiology eine Kombination aus RAAS-Blocker, Kalziumantagonist und Diuretikum. In einer Studie ließ sich der Blutdruck mit Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid als Fixkombination in einer Tablette pro Tag (ExforgeHCT®) um bis zu 69 mmHg absenken – und damit deutlich mehr als mit jeder Kombination aus zwei dieser Substanzen (Calhoun DA et al. Hypertension. 2009;54:32–9).

Martin Bischoff

■ Pressekonferenz „Mit wenig Salz schmeckt's auch – Ergebnisse der Salzspar-Challenge“; Mannheim, 10. April 2016 (Veranstalter: Novartis)

Salz sparen – das hilft bei Bluthochdruck.

© fotito / fotolia.com

Schweres allergisches Asthma der Stufe 5

Biologikum verbessert die Krankheitskontrolle

— Bei Patienten mit schwerem allergischem Asthma kann die Zusatztherapie mit einem Biologikum Exazerbationen, Symptome und eine notwendige Begleitmedikation reduzieren und damit die Krankheitskontrolle verbessern. Ziel der Therapie mit monoklonalen Antikörpern ist es, das im Blut zirkulierende Immunglobulin E (IgE) zu binden.

Die aktuellen Leitlinien der Global Initiative for Asthma (GINA) empfehlen in Stufe 5 die Behandlung mit dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab (Xolair®) oder – falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind – eine niedrige Dosis oraler Kortikosteroide zusätzlich zur optimalen Standardtherapie [www.ginasthma.org], sagte Prof. Roland Buhl, Mainz. Voraussetzung ist ein Pricktest oder eine In-vitro-Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen, eine reduzierte Lungenfunktion ($FEV_1 < 80\%$) sowie ein IgE-Wert zwischen 30 und 1.500 IE/ml.

In einer Analyse von Studien [Normansell R et al. Cochrane Database Syst

Rev 2014, doi: 10.1002/14651858.CD003559.pub4] wurde unter der subkutan injizierten Anti-IgE-Behandlung eine absolute Verringerung der Asthma-Exazerbationen von 26% unter Placebo auf 16% unter Omalizumab beobachtet. Ebenfalls signifikant war die absolute Reduzierung der Hospitalisierungen mit einem Risiko von 3% unter Placebo auf 0,5% unter der Antikörpertherapie. Des Weiteren nahm den Studienanalysen zufolge der Bedarf an inhalativen Kortikosteroiden (ICS) unter der Verumtherapie ab.

Wie Buhl ausführte, zeichnet sich der Phänotyp „allergisches Asthma“ durch einen frühen Erkrankungsbeginn, allergische Komorbiditäten und neben einem positiven Allergie-Hauttest und erhöhten IgE-Werten durch ein Ansprechen auf Glukokortikoide und die Anti-IgE-Therapie aus. Die empirische Therapie der ersten Wahl (Stufen 1–4) besteht aus der Kombination aus einem ICS, einem lang wirksamen β_2 -Sympathomimetikum (LABA) plus

– ab Stufe 4 – einem lang wirksamen Muskarin-Antagonisten (LAMA). ■

Dr. Ralph Hausmann

■ Veranstaltung „Tatort Lunge – Eine pneumologische Spurensuche“; Heidelberg, April 2016 (Veranstalter: Novartis)

Erratum

Erratum zu: Vorhofflimmern – Neue Aspekte bei der Therapie

In der CME-Sonderausgabe 1/2016 vom 21. April ist uns in der CME-Übersichtsarbeit „Vorhofflimmern – Neue Aspekte bei der Therapie“ [MMW Fortschr Med. 2016;158(S1):20–8] ein Fehler unterlaufen. In Tab. 2 auf S. 22 ging es um die Dosierungen oraler Antikoagulanzen zur Prävention thromboembolischer Ereignisse bei Patienten mit nicht-klappenassoziiertem Vorhofflimmern. Dabei wurde für Apixaban eine zu hohe Dosierung angegeben, was wir sehr bedauern. Die richtige Standarddosierung ist 2×5 mg/d. Die reduzierte Dosis liegt bei $2 \times 2,5$ mg/d.

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s15006-016-7654-x> finden.

DOI 10.1007/s15006-016-7662-x