Wenn die antihypertensive Medikation nicht greift, muss man zügig handeln.

© burwellphotography / iStock

— Die effektive Blutdruckkontrolle hat viel zur Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität beigetragen. Prof. Thomas Unger, Maastricht, Niederlande, erinnerte daran, dass sich bei Erreichen der Blutdruckzielwerte rund 40% aller Schlaganfälle vermeiden lassen.

Allerdings gibt es weiterhin viel zu tun: In Deutschland erreichte 2011 nur etwa jeder zweite Hypertoniker die Zielwerte [Neuhauser HK et al. J Hum Hypertens.

Arterielle Hypertonie

Rascher kombinieren!

2015;29:247–53]. Die Gründe seien inadäquate Antihypertensiva-Verordnung, Einsatz suboptimaler Antihypertensiva-Kombinationen und geringe Therapieadhärenz von Seiten der Patienten.

Fixkombinationen verbessern Blutdruckkontrolle und Adhärenz

Studien haben deutlich gemacht, dass zum Erreichen des Blutdruckziels meist 2–4 Medikamente erforderlich sind. Die europäischen Leitlinien empfehlen Fixkombinationen als Standard, betonte Prof. Christian Schneider, Köln. Unger plädierte bei neu diagnostiziertem Bluthochdruck für einen Einstieg in die antihypertensive Therapie mit einem AT₁-Rezeptorantagonisten (z. B. Olmesartan Hexal®), einem ACE-Hemmer oder einem Kalziumantagonisten.

Bei ungenügender Blutdruckkontrolle sollte nicht lange gewartet, son-

dern rasch kombiniert werden. Als sinnvoll empfahl er Kombinationen aus AT₁-Rezeptorantagonist plus Kalziumantagonist, wobei ersterer möglichst hoch dosiert werden sollte, um eine ausreichende Organprotektion sicherzustellen. Mit der Fixkombination von Candesartan und Amlodipin (CandeAmlo Hexal®) steht seit November 2016 eine neue Therapieoption in vier Wirkstärken zur Verfügung. Ist eine weitere Intensivierung der Therapie erforderlich, wird zusätzlich ein niedrig dosiertes Diuretikum verabreicht. Betablocker spielen heute in der antihypertensiven Therapie nur noch eine untergeordnete Rolle und sollten lediglich bei kardialen Begleiterkrankungen eingesetzt werden. ■

Dr. Katharina Arnheim

■ Pressekonferenz „Hypertonie – Haben wir alles im Griff?“, 83. Jahrestagung der DGK; Mannheim, April 2017 (Veranstalter: Hexal)

Vorhofflimmern und Typ-2-Diabetes

Kardiovaskuläre Risiken senken

— Zahlreiche Studien belegten die Effektivität und Sicherheit der direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK), so Prof. Rolf Wachter, Göttingen. Im Vergleich zur „Antikoagulation 1.0“ mit Vitamin-K-Antagonisten zeichne sich die „Antikoagulation 2.0“ mit DOAK durch weniger intrazerebrale Blutungen und einfachere Einnahme aus.

In einer Beobachtungsstudie war Dabigatran (Pradaxa®) im Vergleich zu Rivaroxaban mit weniger intrakranialen und schweren extrakranialen Blutungen assoziiert. Ein weiterer Vorteil von Dabigatran: Es ist das erste und bislang einzige NOAK mit einem spezifischen Antidot. Denn seit Anfang 2016 ist das spezifische Gegenmittel Idarucizumab (Praxbind®) zugelassen. Idarucizumab wirkt nach i.v.-Gabe innerhalb von Minuten, wie eine

Studie gezeigt hatte [3]. Für Wachter ist diese Reversibilität der Wirkung durch das Antidot für Dabigatran ein Kennzeichen der „Antikoagulation 3.0“.

Ein Diabetiker sterbe nicht an Zucker, sondern an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sagte Prof. Georg Nickenig vom Herzzentrum Bonn. Daher sollte bei Diabetes-Therapeutika verstärkt auch auf ihre kardiovaskuläre Wirkung geachtet werden. Zu empfehlen sei bei Patienten mit Typ-2-Diabetes und makrovaskulärer Vorerkrankung der SGLT2-Hemmer Empagliflozin (Jardiance®), der in der EMPA-REG-OUTCOME das kardiovaskuläre Risiko um 14% senken konnte. ■

Maren Schenk

■ Symposium „Reduktion der kardiovaskulären Mortalität: Bewährte und neue Ansätze“, DGIM 2017; Mannheim, April 2017 (Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly)

Neue pangenotypische Hepatitis-C-Therapie

Die Europäische Kommission hat Maviret® (Glecaprevir/Pibrentasvir, G/P) als pangenotypische Therapie zur Behandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C zugelassen. Mit dem Kombinationspräparat steht damit ab sofort therapienaiven Patienten ohne Zirrhose eine pangenotypische 8-Wochen-Therapie zur Verfügung. Diese Behandlungsgruppe macht den Großteil der Patienten in Deutschland aus. In den Zulassungsstudien erzielten bis zu 100% der untersuchten Patienten über alle Genotypen hinweg (GT1–6) nach 8-wöchiger Behandlung mit der Kombinationstherapie eine SVR12 (sustained virologic response).

Das Präparat muss einmal täglich eingenommen werden und kommt ohne die zusätzliche Gabe von Ribavirin aus. Maviret® ist ab sofort auf dem deutschen Markt verfügbar. ■

Red.

■ Nach Informationen von AbbVie