Hypertonie: Adhärenz beeinflusst die Prognose

Eine antihypertensive Behandlung schützt Hypertoniker vor der Entwicklung einer Herzinsuffizienz. Inwieweit hängt dies davon ab, ob die Antihypertensiva regelmäßig eingenommen werden?

Corrao et al. haben eine Fallkontrollstudie mit verschachteltem Design durchgeführt, basierend auf 76.017 Patienten im Alter von 40–80 Jahren, bei denen eine antihypertensive Behandlung begonnen wurde. 622 Patienten wurden wegen Herzinsuffizienz stationär aufgenommen. Jedem Fall wurden bis zu fünf Kontrollen zugeordnet.

Die Adhärenz zur antihypertensiven Therapie wurde als Anteil der Tage an der Gesamttherapiedauer gemessen, die durch eine Medikamenteneinnahme abgedeckt waren. Entsprechend dieser Daten wurden die Patienten in vier Gruppen eingeteilt: sehr niedrige Adhärenz (Medikamenteneinnahme in $\leq 25\%$ des Behandlungszeitraums), niedrige, mitt-

lere und hohe Adhärenz (Medikamenteneinnahme in $>75\%$ des Behandlungszeitraums).

Verglichen mit der Gruppe mit sehr niedriger Adhärenz war das Risiko einer stationär behandlungspflichtigen Herzinsuffizienz bei der Gruppe mit mittlerer und hoher Adhärenz signifikant geringer. Das Alter der Patienten spielte offenbar für diesen Zusammenhang keine Rolle: Die Altersgruppe von 40–70 Jahren und die von 71–80 Jahren hatten vergleichbare Ergebnisse.

Die Adhärenz für ACE-Hemmer, AT_1 -Rezeptor-Blocker und Diuretika hatte einen signifikanten Einfluss auf das Herzinsuffizienzrisiko, die Adhärenz für Kalziumantagonisten hingegen nicht.

Corrao G et al. Adherence With Antihypertensive Drug Therapy and the Risk of Heart Failure in Clinical Practice. Hypertension. 2015; E-pub ahead of print

Kommentar

Die Studie ist insofern interessant, als sie auch hinsichtlich des Herzinsuffizienzrisikos zeigt, dass die Einnahmetreue keine theoretische Größe auf dem Papier ist, sondern die Prognose speziell hinsichtlich der Entwicklung kardialer Endorganschäden wesentlich beeinflusst. Die Studie ist somit für die Praxis ein besonderer Ansporn, die von diesen Endorganschäden besonders bedrohten Patienten für die regelmäßige Einnahme ihrer Antihypertensiva zu motivieren.

Prof. Dr. med. Walter Zidek
Medizinische Klinik IV,
Charité Universitätsmedizin Berlin

Troponin: Marker für KHK-Prognose und -Therapie

Typ-2-Diabetiker mit stabiler KHK und erhöhtem Troponin T haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, profitieren aber nicht von einer Revaskularisierung.

In der BARI2D-Studie wurden alle 2.368 Typ-2-Diabetiker mit stabiler KHK ohne oder mit nur leichter Angina pectoris optimal konservativ therapiert, eine Hälfte erhielt zusätzlich nach Zufallskriterien eine perkutane oder chirurgische Revaskularisierung. Nach fünf Jahren gab es zwischen den beiden Gruppen keinen Unterschied im kombinierten primären Endpunkt aus Gesamtmortalität, Herzinfarkt und Schlaganfall. Jetzt wurde der Verlauf dieser Patienten in Abhängigkeit von hochsensitiven Bestimmungen des Troponin T vor der Randomisierung überprüft. Zu Studienbeginn war das Troponin bei 99,6% der Patienten messbar (über 3 ng/l) und bei 39,3% erhöht (über 14 ng/l).

Innerhalb von fünf Jahren trat der primäre Endpunkt häufiger bei Patienten mit erhöhtem Ausgangs-Troponin auf (27,1%) als bei solchen mit normalem Troponin (12,9%). Nach Berücksichti-

gung zahlreicher Einflussfaktoren wie kardiovaskulären Risikofaktoren, Schweregrad des Diabetes, EKG-Veränderungen, Koronarmorphologie, LV-Auswurf-fraction und Nierenfunktion entsprach dies einem 1,85-fach höherem Risiko der Diabetiker mit erhöhtem Troponin ($p < 0,001$).

Andererseits trat der primäre Endpunkt bei Patienten mit erhöhtem Troponin unter alleiniger konservativer Therapie und bei solchen mit zusätzlicher Revaskularisierung gleich häufig auf (27,6 vs. 26,5%; Hazard Ratio 0,96).

Everett BM et al. Troponin and Cardiac Events in Stable Ischemic Heart Disease and Diabetes. N Engl J Med. 2015; 373(7): 610–620.

Kommentar

Erhöhtes Troponin ist ein zuverlässiger Indikator für eine myokardiale Ischämie mit ungünstiger Prognose und dient zur Identi-

fizierung von Patienten, die von einer invasiven Revaskularisierung profitieren.

Die Hypothese der Autoren lautete deshalb: Wenn Diabetiker mit stabiler koronarer Herzkrankheit, bei denen manchmal eine Angina fehlt oder abgemildert ist, ohne Symptome einer akuten Ischämie ein erhöhtes Troponin und somit eine schlechte Prognose haben, dann profitieren sie von einer Revaskularisierung, zumindest im Vergleich zu Patienten mit normalem Troponin. Das hat sich aber nicht bestätigt.

In dieser Studie an Typ-2-Diabetikern mit stabiler KHK stellt sich die Rolle des „High-sensitivity“-Troponins anders als gewohnt dar: Erhöhte Werte signalisieren eine schlechte Prognose, identifizieren aber nicht Patienten, die von einer invasiven Revaskularisierung profitieren.

Prof. Dr. med. Heinrich Holzgreve
Kardiologische Praxis,
München