Doch am Ende ist es immer der Patient, der ihn täglich schlucken muss. Da wird es in der Praxis künftig noch stärker darauf ankommen, im Gespräch herauszufinden, ob Einsicht und Wille vorhanden sind, noch komplexere Therapieregime zu schultern.

Auch ist zu bedenken, welche Sorgfalt in SPRINT auf die Blutdruckmessung verwendet wurde. Gemessen wurde erst, nachdem die Patienten 5 Minuten ruhig gesessen hatten, dann erfolgten 3 Messungen, aus denen der Durchschnitt errechnet wurde – und das alles automatisiert. Im normalen Praxisalltag dürften die Messungen anders aussehen. Dann besteht aber die

Gefahr, dass der Blutdruck überschätzt und mehr als nötig unternommen wird. Schließlich ist daran zu erinnern, dass noch längst nicht alle SPRINT-Ergebnisse bekannt sind. Es gibt also gute Gründe, nicht gleich morgen beim nächsten besten Hypertonie-Patient therapeutische Taten folgen zu lassen. *Peter Overbeck*

Literatur:

1. The SPRINT Research Group. N Engl J Med 2015; 373:2103-2116

Quelle: erschienen am 02.12.2015 in der Ärzte Zeitung, Springer Medizin Verlag

Blutdruck und kardiovaskuläres Risiko

Wie wichtig ist das Blutdruckziel?

Seit der SPRINT-Studie schlagen die Wogen um den optimalen Blutdruck in der Hypertonithherapie hoch. Eine aktuelle Metaanalyse findet erneut keinen Hinweis auf schädliche Folgen von Werten unter 130 mmHg. Die Autoren fragen sogar: Braucht es überhaupt Blutdruckziele?

Eine Absenkung des systolischen Blutdrucks um 10 mmHg führt in einem breiten Kollektiv von Bluthochdruckpatienten mit und ohne bereits diagnostizierte kardiovaskuläre, metabolische oder nephrologische Erkrankungen zu einer Verringerung des kardiovaskulären Risikos, und zwar über weite Strecken unabhängig davon, wie hoch der Ausgangsblutdruck ist. Das ist das Kernergebnis einer im Fachblatt The Lancet publizierten Metaanalyse, die im Windschatten der SPRINT-Studie segelt.

123 Bluthochdruckstudien ausgewertet

Zur Erinnerung: Die von den National Institutes of Health finanzierte SPRINT-Studie hatte im Jahr 2015 gezeigt, dass Patienten von einer Senkung des systolischen Zielblutdrucks auf 120 mmHg im Vergleich zum Leitlinienziel 140 mmHg im Hinblick auf kardiovaskuläre Ereignisse aller Art stark profitieren.

Für die aktuelle Metaanalyse unter der Federführung von Professor Kazem Rahimi vom George Institute of Global Health in Oxford, England, wurden jetzt 123 randomisierte Bluthochdruckstudien mit insgesamt 613.815 Teilnehmern ausgewertet. Abgesehen davon, dass es pro Studienarm mindestens 1000 Patientenjahre an Daten geben musste, gab es kaum Ausschlusskriterien. Die Metaanalyse enthält also Daten zu Hypertoniepatienten mit und ohne Komorbiditäten und Folgeerkrankungen.

In diesem breiten Kollektiv führte eine Absenkung des systolischen Blutdrucks um 10 mmHg zu einer jeweils statistisch signifikanten Verringerung des Risikos schwerer kardiovaskulärer Ereignisse um 20%, einer Verringerung der Gesamtsterblichkeit um 13%, einer Verringerung des Risikos für eine koronare Herzkrankung um 17%, einer Verringerung des Schlaganfallrisikos um 27% und einer Verringerung des Herzinsuffizienzrisikos um 28%. Die Rate der Patienten mit Nierenversagen war lediglich nicht signifikant um 5% verringert.

Der entscheidende Punkt der Metaanalyse ist, dass die Autoren keinen relevanten Unterschied in den relativen Effektstärken bei unterschiedlichem Ausgangsblutdruck fanden. Patienten mit

hohen und niedrigen Blutdrücken profitierten gleichermaßen. Hinweise für eine J-förmige Kurve, also Anstieg des kardiovaskulären Risikos bei zu niedrigen Blutdruckwerten, gab es nicht.

Der Nutzen war auch weitgehend unabhängig von den Begleiterkrankungen zu Studienbeginn. Er war lediglich etwas geringer, doch immer noch signifikant, bei Patienten, die bereits einen Diabetes oder eine Nierenerkrankung aufwiesen. Die Analyse nach Arzneimittelklassen zeigte im Einklang mit anderen Analysen, dass die kardiovaskuläre Risikoreduktion bei Bluthochdrucktherapie mit Betablockern etwas geringer ausfällt als bei den anderen Blutdrucksenkern.

Die Autoren folgern aus ihren Daten in erster Linie, dass es starke Evidenz dafür gebe, den Blutdruck nicht nur auf unter 140 mmHg, sondern auf unter 130 mmHg zu senken. In der Diskussion wird außerdem die Frage aufgeworfen, wie sinnvoll pauschale Blutdruckziele überhaupt sind und ob jenseits der unstrittigen Therapie klar hypertensiver Patienten nicht auch eine Verordnung von Antihypertensiva bei kardiovaskulären Risikopatienten unabhängig vom Ausgangsblutdruck Sinn machen könnte. In einem begleitenden Editorial wird dieses risikobasierte Vorgehen, das ein wenig an die US-Leitlinien zur Statintherapie erinnert, von Dr. Stéphane Laurent und Dr. Pierre Boutouyrie von der Universität Paris Descartes tendenziell unterstützt: Da es offenbar keine J-Kurve gebe, gebe es wenig Grund, Hochrisikopatienten nicht blutdruckunabhängig mit Blutdrucksenkern zu versorgen.

Philipp Grätzel

Literatur:

Ettehad D et al. The Lancet 23. 12. 2015. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8, Laurent S, Boutouyrie P. Blood pressure lowering trials: wrapping up the topic? The Lancet 23.12.2015. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01344-6

Quelle: erschienen am 26.1. in der Ärzte Zeitung, Springer Medizin Verlag

© AlOne - Fotolia.com