

„Individualisierte Antihypertension“

Diuretika als Hochdruckmittel degradiert

Die Diuretika waren jahrzehntelang Mittel der Wahl in der Hochdrucktherapie; in den USA sind sie es heute noch. In Europa verlieren sie aber zunehmend an Bedeutung, andere Therapiestrategien sind einfach besser, und zwar evidenzbasiert. In seiner Lecture auf der Tagung der Hochdruckliga diskutierte Prof. Rainer Düsing, Bonn, die wechselvolle Geschichte der Diuretika und definierte ihren heutigen Stellenwert.

MMW: Die Diuretika erleben, wie bereits vor Jahren die Betablocker, eine „Degradierung“ in der antihypertensiven Therapie. Die neueren Leitlinien aus Europa jedenfalls verstärken diesen Eindruck, nicht jedoch die US-amerikanischen, die allerdings seit 2003 nicht mehr überarbeitet wurden.

Düsing: *Tatsächlich stimmen die Leitlinien nicht wirklich überein. Die aktuell gültige US-Leitlinie JNC 7 von 2003 sieht die Diuretika als verbindliche Erstoption bei der Hypertoniebehandlung, wenn nicht zwingende Gründe dagegensprechen. Auch in der Zweierkombination sollte das Diuretikum verbindlicher Bestandteil sein. Über die Dreierkombination wird in JNC 7 noch nicht diskutiert.*

In Europa sieht das anders aus. Empfohlen werden im Kern sechs Substanzgruppen, wobei der Begriff der „first-line“-Therapie in einer Überarbeitung 2009 nicht mehr verwandt wird. Die individualisierte Antihypertension rückt in den Vordergrund.

Für die Diuretika wird in den ESH-Leitlinien eine Vielzahl von Einschränkungen formuliert, die sich auf die Wirksamkeit von Niedrigdosierungen der Thiaziddiuretika, auf Verträglichkeit und Compliance etc. beziehen. In den aktuellen europäischen Leitlinien sind die Diuretika demzufolge zwar nicht formal für die initiale Monotherapie ausgeschlossen, sie werden aber nur noch mit deutlichen Einschränkungen empfohlen.

Und in der Kombinationstherapie haben sie Konkurrenten: die Kalziumantagonisten. Hier ist v. a. die ACCOMPLISH-Studie zu nennen, in der Kalziumantagonisten als Erweiterung einer Therapie mit einem ACE-Hemmer dem Thiaziddiuretikum überlegen waren.

Kurz: In den europäischen Leitlinien werden die Diuretika in der ersten Stufe eigentlich

nicht mehr empfohlen, in der zweiten Stufe ist zwischen Diuretika und Kalziumantagonisten abzuwägen, mit Vorteilen für die Kalziumantagonisten. In der dritten Stufe sind Diuretika allerdings verbindlicher Bestandteil.

„24-Stunden-Blutdruckmessung begründet die Hochdruckdiagnose“

Am weitesten preschen die britischen Leitlinien vor, die in diesem Jahr die Fachwelt überrascht haben, und zwar nicht nur wegen der therapeutischen, sondern auch wegen der diagnostischen Empfehlungen. Erstmals wird vorgeschrieben, die Diagnose Hypertonie von einer 24-Stunden-Langzeitmessung abhängig zu machen – ein Vorschlag, den ich für ganz exzellent halte. In Deutschland wird die Diagnose ja überwiegend nach der Praxisblutdruckmessung gestellt, was die Weißkittelhypertonie zu einem Problem hat werden lassen. Auch die therapeutischen Empfehlungen wurden verändert und vereinfacht: Man beginnt je nach Alter mit A (ACE-Hemmer/Angiotensin-Rezeptorblocker) oder C (Kalziumantagonist): Unter 55 Jahre ist A indiziert, darüber C. Wenn das nicht reicht, gibt man in der zweiten Stufe A plus C. Erst in der dritten Stufe kommt zu A plus C das D, das Diuretikum.

MMW: Welche Leitlinien sind nun besser?

Düsing: *Beide haben ihre Stärken und Schwächen. Die Stärke der britischen Leitlinie von 2011 ist das Schematische, Kochbuchartige, das leicht zu Kommunizierendes. Die europäische Leitlinie von 2007 und die Aktualisierung von 2009 sind dagegen sehr akademisch, sehr detailliert. Zur Kommunikation brauchen diese „Guidelines“ eine Art Verdichtung auf das Wesentliche. Die britische Leitlinie hingegen ist*

NACHGEFRAGT



bei Prof. Dr. Rainer Düsing
Therapie nach dem A,C,D-Prinzip:
„Eine heftige Verkürzung der Datenlage.“

beeindruckend „geradeaus“. Allerdings zu dem Preis, dass einige Dinge zu kurz kommen. Ob in der ersten Stufe nur A oder C, in der zweiten Stufe nur A plus C verordnet werden sollen, ist schon eine heftige Verkürzung der Datenlage. Aber dem Charme der Simplität kann man sich nicht ganz entziehen.

„Dosisabhängige Wirkungen, aber auch Nebenwirkungen!“

MMW: So richtig „waidwund geschossen“ wurden die Diuretika durch eine kürzlich erschienene Arbeit von Herrn Prof. Messerli, sehen Sie das auch so?

Düsing: *Franz Messerlis Arbeit muss man vor dem Hintergrund sehen, dass sich die Dosierungen der Diuretika in den letzten Jahren immer weiter reduziert haben, und zwar wegen ihrer dosisbedingten Unverträglichkeit. Wenn man den Propagandisten der Diuretika vorgehalten hat, diese haben doch unerwünschte metabolische Effekte, induzieren eine Hypokaliämie, nicht zuletzt auch eine erektile Dysfunktion, kam immer das Argument: Aber doch nicht diese niedrigen Thiaziddosierungen! In der Tat werden in der Niedrigdosierung die Nebenwirkungen geringer, aber eben auch die Wirksamkeit. Das hat nun Herr Messerli gezeigt und ich halte dies für verdienstvoll. Anhand von Studien mit Langzeitblutdruckmessungen konnte er zeigen, dass Hydrochlorothiazid (HCT) in einer Dosierung zwischen 12,5 und 25 mg/Tag in seiner Wirksamkeit gegenüber anderen Antihypertensiva stark abfällt. Man muss sich aber vor Augen führen: Wenn irgendeine Leitlinie, z. B. die US-amerikanische, oder irgendeine Interessengruppe die Verwendung von „Thiaziden“ bei der Hypertoniebehandlung empfiehlt, heißt die Umsetzung klar: 12,5 bis 25 mg HCT pro Tag. Die entsprechenden Empfehlungen muss man allein schon aufgrund ihrer Umsetzung erheblich in Frage stellen.*

■ Interview: Dr. med. Jochen Aumiller