

## KRITISCH GELESEN



Prof. Dr. med.  
H. S. Fießl  
Privatpraxis für  
Integrative  
Innere Medizin,  
München



Prof. Dr. med.  
H. Holzgreve  
Internist,  
Kardiologische  
Praxis,  
München



Prof. em. Dr. med.  
Dr. h.c. D. Reinhardt  
Kinderklinik und Kinder-  
poliklinik im Hauner-  
schen Kinderspital,  
München



Prof. Dr. med.  
N. C. Schloot  
Deutsches Diabetes-  
Zentrum, Heinrich-  
Heine-Universität  
Düsseldorf



PD Dr. med.  
C. Lange-Asschenfeldt  
Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psycho-  
therapie, LVR-Klinikum  
Düsseldorf

# Antihypertensiva nur bei hohem Gefäßrisiko

Die Blutdrucksenkung mit Sartanen und Thiaziden verringert bei Personen ohne Herz-Kreislauf-Erkrankung und mittlerem Risiko nicht die Rate kardiovaskulärer Ereignisse.

— Aus Beobachtungsstudien ist bekannt, dass auch bei Personen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen jeder mmHg des systolischen Blutdrucks oberhalb von 115 mmHg mit einer Erhöhung des kardiovaskulären Risikos einhergeht. Auch der Umkehrschluss, dass jede Blutdrucksenkung in diesem Bereich das Risiko verringert, ist akzeptiert. Bei Hochrisikopatienten mit be-

kannter kardiovaskulärer oder renaler Erkrankung, Diabetes mellitus oder Hypertonie mit Endorganschaden trifft das zweifellos zu. Aber wie sieht es bei ansonsten gesunden Patienten mit systolischen Blutdruckwerten zwischen 120 und 160 mmHg aus – der weitaus größten Gruppe von Hypertonikern?

In der multizentrischen, randomisierten HOPE-3-Studie wurden 12.700 Teilnehmer mit mittlerem kardiovaskulären Risiko, aber ohne kardiovaskuläre Erkrankungen in einem 2-x-2-faktoriellen Design mit 16 mg Candesartan in Kombination mit 12,5 mg Hydrochlorothiazid, einem Statin und einer Kombination beider Interventionen über eine mediane Therapiedauer von 5,6 Jahren behandelt. Der mittlere Blutdruck zu Beginn der Studie lag bei 138,1/81,9 mmHg, der Rückgang fiel in der Verumgruppe um 6,0/3,0 mmHg höher aus als in der Placebogruppe.

4,1% der Teilnehmer in der Verumgruppe starben an einer kardiovaskulären Krankheit oder erlitten einen nicht-tödlichen Myokardinfarkt oder einen Schlaganfall und erreichten somit den primären Studienendpunkt. In der Placebogruppe waren es 4,4%. Auch beim

sekundären Endpunkt aus Herzinsuffizienz, Reanimation nach Herzstillstand sowie revaskularisierenden Maßnahmen fand sich mit 4,9% vs. 5,2% kein signifikanter Unterschied.

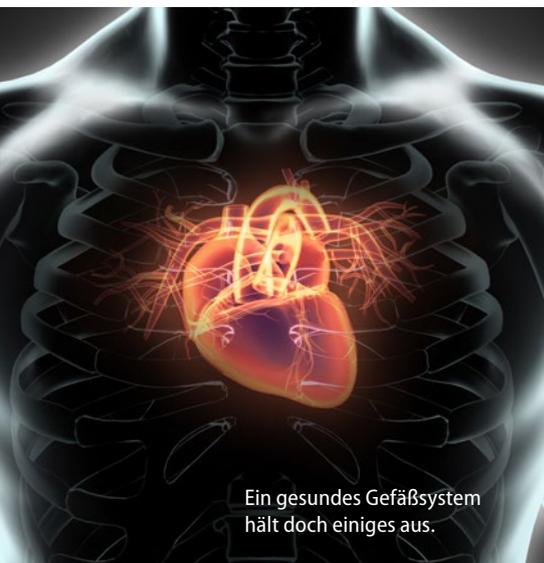
Lediglich bei systolischen Blutdruckwerten über 143,5 mmHg erreichten die aktiv behandelten Studienteilnehmer seltener einen der Endpunkte. Im mittleren und unteren Drittel der systolischen Blutdruckwerte bestand dagegen kein Unterschied.

■ Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P et al. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2016;374:2009–20

### KOMMENTAR

Die Untersuchung zeigt, dass es bei der Beurteilung des kardiovaskulären Risikos und dem Effekt einer möglichen Therapie nicht sinnvoll ist, die Therapieindikation von einer einzigen Zahl abhängig zu machen. Mit dem Blutdruck verhält es sich dabei ganz ähnlich wie mit dem Cholesterin. Zu beurteilen ist immer die Kombination aus allen kardiovaskulären Risikofaktoren. Von der medikamentösen antihypertensiven Therapie mäßig erhöhter Blutdruckwerte bei sonst gesunden Personen ist kein Vorteil zu erwarten. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl



Ein gesundes Gefäßsystem hält doch einiges aus.

© yodiyim / Getty Images / iStock