

## Complianceförderliche Hochdrucktherapie Mit früher Fixkombination schneller auf Zielwert

Millionen von Hypertonikern weisen auch unter Therapie zu hohe Blutdruckwerte auf. Um die Situation zu verbessern, empfiehlt Kardiologe Prof. Heribert Schunkert, Universität Lübeck, früher Fixkombinationen einzusetzen.

■ „Die Studie von Brown et al. zeigt, dass der sofortige Einsatz einer Fixkombination gegenüber der Therapie mit Einzelsubstanzen sehr viel schneller den Blutdruck senkt und nach 32 Wochen auch eine bessere Blutdrucksenkung erzielt“, erklärte Schunkert. Zwei Drittel aller Hochdruckpatienten benötigen eine Kombinationsbehandlung.

Wann ist die primäre Fixkombination indiziert? Schunkert: „Bei vorbehandelten Hypertonikern frage ich erst einmal nach, was sie bisher genommen haben, und prüfe durch Patientenselbstmessung im Tagesverlauf, ob der Blutdruck konstant erhöht ist oder schwankt. Bei konstant erhöhten Wer-



© Jochen Lübke / dpa

Um den Zielblutdruck zu erreichen, sind oft mehrere Antihypertensiva nötig.

ten verordne ich dann gleich eine Fixkombination.“ Denn Fixkombinationen verbessern die Therapietreue deutlich.

Eine complianceförderliche Hochdrucktherapie mit einer Tablette täglich von der Monotherapie bis zur hochdosierten Dreifachkombination bieten Co-Diovan®, Exforge® und ExforgeHCT®. Bei Patienten mit Herzschwäche und Ödemneigung würde

Schunkert den Weg über die Kombination RAS-Blocker/HCT gehen, bei Diabetikern und Übergewichtigen den Weg über RAS-Blocker/Amlodipin.

Wenn der Zielwert von 140/90 mmHg nicht erreicht wird, ist die Dreier-Kombination indiziert, die in fünf Dosisstärken verfügbar ist und somit eine individuelle Therapie ermöglicht. In der Studie von Calhoun et al. (Hypertension 2009) sorgte sie in hoher Dosis für einen Blutdruckabfall von im Schnitt 40 mmHg, bei Ausgangswerten über 180 mmHg sogar von 50 mmHg. „Damit können wir Patienten die Therapie sehr leicht machen“, so Schunkert.

Die Dreier-Kombination ist gut verträglich: Nur 4,5% der Patienten bekamen Ödeme, nur 1,5% Hypotonien. **(DE)** ■

■ **Pressekonferenz, 61. Annual Scientific Session des American College of Cardiology, Chicago, März 2012 (Veranstalter: Novartis)**

## Akutes Koronarsyndrom

### Stärkere Plättchenhemmung hilft vor allem STEMI-Patienten

Mit Prasugrel kann man Patienten mit akutem Koronarsyndrom und perkutaner Intervention einen effektiveren Schutz vor kardiovaskulären Ereignissen bieten als mit Clopidogrel. Dies beruht auf der stärkeren und stabileren Plättchenhemmung durch Prasugrel.

■ In der TRITON-TIMI-38-Studie erhielten Patienten mit akutem Koronarsyndrom und perkutaner Koronarintervention für sechs bis zwölf Monate Aufsättigungsdosen von 60 mg Prasugrel bzw. 300 mg Clopidogrel sowie Erhaltungsdosen von 10 mg bzw. 75 mg. Das relative Risiko für den kombinierten primären Endpunkt aus kardiovaskulärer Mortalität, nicht tödlichem Herzinfarkt oder Schlag-

anfall war in der Prasugrel-Gruppe signifikant um 19% geringer ( $p < 0,001$ ). Schwere Blutungen traten bei 2,4% der Patienten unter Prasugrel, aber nur bei 1,8% der Patienten unter Clopidogrel auf. Trotz dieses signifikanten Unterschieds zu Ungunsten von Prasugrel, war der Netto-Nutzen in der Prasugrel-Gruppe höher als in der Clopidogrel-Gruppe. Ein weiterer Pluspunkt für Prasugrel war eine Halbierung des Risikos für Stentthrombosen.

Aus Subgruppenanalysen ging hervor, dass Diabetiker und Patienten mit ST-Hebungs-Infarkt (STEMI) besonders deutlich von Prasugrel profitieren. „Beim STEMI mit primärer PCI gibt es eigentlich kaum mehr Argumente für Clopidogrel“, versicherte Prof.

Dr. med. Uwe Zeymer, Oberarzt und Leiter der Interventionellen Kardiologie am Herzzentrum in Ludwigshafen. Das sehen auch die ESC-Leitlinien so. Vorläufige Daten aus dem ATACS-Register zeigen jedoch, dass nur ein Drittel dieser Patienten Prasugrel erhält. Die Registerdaten weisen auch auf eine niedrigere Krankenhausmortalität von Patienten hin, die mit Prasugrel behandelt werden, im Vergleich zu denen, die Clopidogrel erhalten.

**(abi)** ■

■ **Symposium bei der 78. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Mannheim, 11. April 2012 (Veranstalter: Daiichi Sankyo)**