

## Hochdrucktherapie für Hochrisikopatienten

### Modernes Hypertonie-Management mit Fixkombinationen

**Der mit Abstand wichtigste kardiovaskuläre Risikofaktor ist die Hypertonie. Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko benötigen oft mehrere Antihypertensiva und können daher von Fixkombinationen besonders profitieren.**

■ Hochrisikopatienten, etwa Hypertoniker mit Diabetes, KHK, Myokardinfarkt oder Niereninsuffizienz, sollten laut Dr. Felix Mahfoud, Universitätsklinikum des Saarlandes, vor allem bei starkem Abweichen vom Zielblutdruck bereits initial eine Kombination erhalten. In der vierarmigen TRINITY-Studie ließ sich mit der Dreifach-Kombination Olmesartan/Amlodipin/HCT innerhalb von zwölf Wochen der Zielblutdruck  $< 90$  mm Hg (diastolisch) bei 85,7% und  $< 140/90$  mm Hg bei 69,9% der Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Hypertonie erreichen. Der Anteil war in beiden Fällen signifikant höher als bei

einer der Zweifach-Kombinationen (je  $p < 0,001$ ).

Bei Vorliegen einer chronischen Nierenerkrankung sollte laut Prof. Harm Peters, Nephrologe an der Berliner Charité, generell



Bei hohem Blutdruck und hohem Risiko rechtzeitig auf eine Kombinationstherapie setzen.

ein Wert  $< 130/80$  mm Hg angestrebt werden. Peters empfahl, bei Hypertonikern mit chronischer Nierenerkrankung ebenfalls früh mehrere Substanzklassen zu kombinieren, meist seien Dreifach-Kombinationen nötig. Zudem solle firstline ein Angiotensin-II-Hemmer zum Einsatz kommen, hob er hervor.

Prof. Jürgen Scholze, Kardiologe an der Berliner Charité, sieht Vorteile in Fixkombinationen, weil diese vor allem bei Multimorbidität die Adhärenz verbessern. Hierzu gehören unter anderen Olmesartan/Amlodipin (Vocado®) und Olmesartan/Amlodipin/HCT (Vocado® HCT). In der ONTARGET-Studie war bei adhärenenten gegenüber nicht adhärenenten Hochrisikopatienten die kardiovaskuläre Mortalität nur halb so hoch. (pe) ■

■ **Zertifizierte Fortbildungsveranstaltung „Interdisziplinäres Forum der Hypertonie 2013“, Berlin, 23. Februar 2013 (Veranstalter: Berlin-Chemie)**

## Neuer Standard beim akuten Koronarsyndrom

### Konsistente Effektivität von Ticagrelor in allen Subgruppen

**In der PLATO-Studie war der Thrombozytenaggregationshemmer Ticagrelor dem früheren Standard Clopidogrel in der Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom eindeutig überlegen: Ticagrelor führte zu einer signifikant stärkeren Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse und der kardiovaskulären Mortalität als Clopidogrel. Der Benefit von Ticagrelor gilt konsistent für alle Subgruppen.**

■ Die Ergebnisse der PLATO-Studie sind das Ergebnis einer erfolgreich internationalen Zusammenarbeit, betonte Prof. Lars Wallentin, Universitätsklinik Uppsala/Schweden. Für die Studie wurden mehr als 18 600 Patienten mit ST-Hebungs-Infarkt (STEMI), Nicht-STEMI (NSTEMI) und instabiler Angina pectoris innerhalb von 24 Stunden nach dem Indexereignis zum früheren Standard Clopidogrel/Acetylsalicylsäure (ASS) oder zu Ticagrelor (Brilique®) plus ASS, beides verab-

reicht über bis zu einem Jahr, randomisiert. Der primäre kombinierte Endpunkt (Herz-Kreislauf-Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall) wurde durch Ticagrelor um absolut rund 2% stärker gesenkt als durch Clopidogrel (9,8% vs. 11,7%; HR = 0,84;  $p = 0,0003$ ). Auch der sekundäre Endpunkt, die kardiovaskuläre Mortalität, wurde durch Ticagrelor signifikant reduziert (4,0% vs. 5,1%; HR = 0,79;  $p = 0,001$ ), ein Ergebnis, das Wallentin als beeindruckend bezeichnete. Der Benefit von Ticagrelor erstreckte sich über praktisch alle Subgruppen, unabhängig von geplanter Therapiestrategie, ST-Hebung, Alter, Geschlecht, Gewicht, Nierenfunktion und Diabetes. Zudem musste dieser Vorteil nicht mit einer vermehrten Blutungsrate erkauft werden.

Die hohe Effektivität von Ticagrelor beim akuten Koronarsyndrom wird durch aktuelle Subanalysen weiter untermauert. So zeigt eine kürzlich vorgestellte Auswertung der gut 11 000 Studienteilnehmer mit NSTEMI, dass auch diese Patienten signifikant von der

Ticagrelor-ASS-Therapie profitierten: „Wie in der PLATO-Hauptstudie war unter Ticagrelor ein früher Beginn des Wirkungsvorteils festzustellen, der im Studienverlauf noch zunahm“, informierte Prof. Evangelos Giannitsis, Universitätsklinik Heidelberg. Die signifikant höhere Effektivität von Ticagrelor musste auch hier nicht mit einem Exzess an schweren Blutungen erkauft werden.

Eine weitere Subanalyse verdeutlicht, dass Ticagrelor bei der Prävention rezidivierender kardiovaskulärer und ischämischer Episoden ebenfalls überlegen ist und das Risiko für ein zweites Ereignis signifikant um ein Fünftel im Vergleich zum Kontrollarm reduziert (HR 0,80;  $p < 0,001$ ). „Ticagrelor ist also eine potente Substanz, die klinische Ereignisse nachhaltig verhindert“, kommentierte Giannitsis. (arn) ■

■ **Meet the Expert, DGK-Jahrestagung, Mannheim, 5. April 2013 (Veranstalter: AstraZeneca)**