

Strenge Blutdruckeinstellung von Vorteil

Die SPRINT-Studie spricht dafür, hypertensive Patienten mit hohem Risiko, jedoch ohne Diabetes mellitus, auf einen Blutdruckzielwert unter 120 mmHg systolisch einzustellen.

Die arterielle Hypertonie ist der bedeutendste Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse. Es konnte überzeugend gezeigt werden, dass eine medikamentöse Behandlung der arteriellen Hypertonie zu einer signifikanten Senkung der Wahrscheinlichkeit für Schlaganfall, Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz führen kann.

Die anzustrebenden Zielwerte für den systolischen Blutdruck bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko (z. B. Alter > 75 Jahren, vorbestehende kardiovaskuläre Erkrankung, chronische Niereninsuffizienz), aber ohne Diabetes mellitus, wurden in der vom US-amerikanischen National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) geförderten SPRINT-Studie erneut untersucht. In der Studie wurden 9.381 Patienten mit einem systo-

lischen Blutdruck > 130 mmHg auf Zielwerte von < 120 mmHg (intensive Einstellung) versus < 140 mmHg (Standard-einstellung) randomisiert.

Die Studie wurde nach etwas über drei Jahren aufgrund einer signifikant niedrigeren Rate an schweren kardiovaskulären Ereignissen in der Gruppe mit dem Zielwert < 120 mmHg vorzeitig gestoppt (Ereignisrate 1,65 % versus 2,19 % pro Jahr, Hazard Ratio [HR] 0,75, $p < 0,001$). Auch die Gesamtsterblichkeit war in der Behandlungsgruppe mit intensiver Blutdruckeinstellung signifikant niedriger (HR 0,73, $p = 0,003$).

Schwerwiegende Nebenwirkungen wie Hypotension, Synkope, Elektrolyt-entgleisungen und Niereninsuffizienz/-versagen traten jedoch in der Gruppe mit niedrigem Zielwert häufiger auf.

The SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med.* 2015; 373: 2103–2116.

Kommentar

Die SPRINT-Studie wird mit hoher Wahrscheinlichkeit Leitlinienrelevanz haben und zu einer Senkung des systolischen Blutdruckzielwerts für Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko führen (120 mmHg), auch wenn eine Gesamtbetrachtung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen einer strengen Blutdruckeinstellung noch nicht abgeschlossen ist. Sicher ist jedoch, dass das Erreichen dieses Blutdruckzielwerts eine große Herausforderung ist und eine engere Anbindung hypertensiver Patienten erfordert.



Prof. Dr. Peter W. Radke
Klinik für Innere
Medizin – Kardiologie,
Schön Klinik Neustadt

Beschichtete Stents: Kein Nutzen durch verlängerte duale Plättchenhemmung

In einer französischen Studie wurde geprüft, ob nach der Implantation von medikamentenbeschichteten Stents die Einnahme einer dualen Plättchenhemmung über zwölf Monate hinaus sinnvoll ist.

Bisher bestand Unklarheit über die optimale Dauer einer dualen anti-thrombozytären Therapie (DAPT) nach der Implantation von medikamentenbeschichteten Stents (DES). Aktuelle Studien (ISAR-SAFE, ITALIC) konnten keinen Vorteil des Nettonutzens (gemeinsame Betrachtung von ischämischen und hämorrhagischen Ereignissen) im Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten aufzeigen. Die bislang größte klinische Untersuchung (DAPT-Studie, Verlängerung der DAPT auf bis zu 30 Monate) erbrachte jedoch für Patienten mit prolongierter DAPT eine Reduktion von Stentthrombosen sowie anderen kardiovaskulären Ereignissen. Die Blutungsinzidenz war jedoch signifikant höher.

In der randomisierten multizentrischen Studie OPTIDUAL wurden daher Patienten, die ein Jahr nach der Implantation eines DES kein schwerwiegendes Ereignis erlitten hatten, auf die Fortführung der DAPT oder die weitere Einnahme von Acetylsalicylsäure (ASS) allein randomisiert. Als primärer Endpunkt (Nettonutzen) wurde die Freiheit von schwerwiegenden klinischen Ereignissen wie Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall oder schwerer Blutung definiert. Als Folge einer nur langsamen Rekrutierung wurden nur 1.385 der ursprünglich 1.966 geplanten Patienten eingeschlossen und über im Mittel 33,4 Monate nachverfolgt.

Im Ergebnis zeigte sich kein Vorteil im Nettonutzen für die Gruppe der Patien-

ten mit prolongierter DAPT. Die Sterblichkeit betrug 2,3 % in der Gruppe mit prolongierter DAPT gegenüber 3,5 % in der ASS-Gruppe (Hazard Ratio 0,65, $p = 0,18$). Schwere Blutungsereignisse traten gleich häufig auf (jeweils 2,0, $p = 0,95$).

Helft G et al. Stopping or continuing clopidogrel 12 months after drug-eluting stent placement: the OPTIDUAL randomized trial. *Eur Heart J.* 2016; 37: 365–374.

Kommentar

Die Frage nach der optimalen Dauer der dualen Plättchenhemmung nach der Implantation von medikamentenbeschichteten Stents ist weiterhin ungelöst. Für Patienten mit akutem Koronarsyndrom und niedrigem bis moderatem Blutungsrisiko werden die Leitlinien in Zukunft jedoch wahrscheinlich die Möglichkeit einer über zwölf Monate andauernden dualen Plättchenhemmung eröffnen.

Prof. Dr. Peter W. Radke
Klinik für Innere Medizin – Kardiologie,
Schön Klinik Neustadt