

Hypertonie: Neues Duo für die Initialtherapie

— Seit Kurzem steht mit der Fixkombination aus dem ACE-Hemmer Perindopril und dem Kalziumantagonisten Amlodipin ein neues Therapiekonzept für die Initialtherapie der Hypertonie zur Verfügung. Mit der niedrig dosierten Kombination erreichten in einer Studie mehr Patienten den empfohlenen Zielblutdruck von < 140/90 mmHg als unter der Monotherapie. „Die Therapie des Bluthochdrucks hat in den letzten Jahren einen Riesensprung nach vorne gemacht“, kommentierte Prof. Roland E. Schmieder, Uniklinikum Erlangen-Nürnberg, die erfreuliche Entwicklung der Behandlungsqualität. Mittlerweile würden 70% der Hypertoniker therapiert und bei jedem Zweiten sei der Blutdruck unter Kontrolle.

Dennoch gelte es, sich nicht damit zufrieden zu geben. Ein Großteil der Patienten, die den Zielblutdruck nicht erreichten, zeigten eine Grad-1-Hypertonie (86%). Auch bei milder Hypertonie lohne es sich, den Blutdruck in den Zielbereich zu senken und so die Prognose langfristig zu verbessern: „Dadurch sinkt das Risiko für Schlaganfall, KHK, kardiovaskulären Tod und Ge-

samt mortalität deutlich.“ Bisher komme bei neu diagnostizierter Hypertonie meist eine Monotherapie zum Einsatz, doch könne eine niedrig dosierte initiale Kombinationstherapie effektiver und verträglicher sein, glaubt Schmieder.

Vorteile sieht auch Prof. Peter Trenkwalder, Klinikum Starnberg: Durch die Kombination zweier Wirkprinzipien gelange der Blutdruck schneller in den Zielbereich und dies biete einen besseren kardiovaskulären Schutz.

Mit der neuen Fixkombination Perindopril/Amlodipin (Viacoram®) steht jetzt eine solche initiale Kombinationstherapie für Patienten mit Hypertonie (ab Grad 1) zur Verfügung. Sie ist in zwei Dosierungen erhältlich: 3,5/2,5 mg und 7/5 mg. In einer Vergleichsstudie mit 1.581 Hypertonikern konnte mit der Startdosis Perindopril/Amlodipin (3,5/2,5 mg) im Vergleich zu den jeweiligen Monotherapien (je 5 mg) nach zwei Monaten eine mindestens ebenso effektive Blutdrucksenkung erzielt werden (um 22,0/13,6 vs. 18,2/10,5 vs. 21,8/12,6 mmHg). Deutlich mehr Patienten erreichten unter der Kombinationstherapie den Zielbereich von



Auch bei Neudiagnose einer Hypertonie kann eine Kombinationstherapie sinnvoll sein.

< 140/90 mmHg (43,5 vs. 33,3 vs. 37,9%). Die Fixkombination überzeuge laut Trenkwalder auch durch ihre bessere Verträglichkeit: So traten unter der Startdosis weniger Ödeme auf als mit Amlodipin 5 mg (1,6 vs. 4,9%), und Therapieabbrüche waren seltener (1,2 vs. 3,4%).

Susanne Pickl

Pressegespräch, DGK-Herbsttagung, Berlin, 9. Oktober 2015; Veranstalter: Servier

© Photographie.eu / fotolia.com

Weiterer PCSK9-Hemmer zur potenten LDL-Cholesterin-Senkung verfügbar

— Seit November 2015 ist mit Alirocumab (Praluent®) der zweite PCSK9-Inhibitor zur starken Cholesterinsenkung verfügbar. Zwei Dosierungsstufen ermöglichen eine Stufentherapie. Eingesetzt wird der alle 14 Tage s.c. zu injizierende monoklonale Antikörper bei Hochrisikopatienten mit primärer Hypercholesterinämie und hohen Cholesterinwerten trotz – und das ist wichtig – ausgereizter herkömmlicher lipidsenkender Therapie, in der Regel Statine in maximal verträglicher Dosierung plus Ezetimib. Weitere Einsatzgebiete sind Patienten mit Unverträglichkeit oder Kontraindikationen gegen Statine.

Die beiden zugelassenen PCSK9-Hemmer Alirocumab und Evolocumab reduzieren das LDL-Cholesterin zuverlässig und konsistent um mehr als 50%, unabhängig davon, ob der Patient Statine einnimmt oder nicht, und unabhängig davon, ob eine familiäre

Hypercholesterinämie vorliegt oder nicht, erklärte Prof. Christopher Cannon, Harvard Clinical Research Institute am Brigham and Women's Hospital in Boston. Erwiesen ist bislang die zuverlässige und äußerst potente LDL-Cholesterin-Senkung.

Vorläufige Daten deuten zudem an, dass die Therapie kardiovaskuläre Komplikationen verhindern könnte, so Cannon. Einen endgültigen Beweis werden jedoch erst die Ergebnisse von drei großen prospektiven Langzeitstudien mit Alirocumab (ODYSSEY-Outcome-Studie), Evolocumab (FOURIER-Studie) und Bococizumab (SPIRE-Studien) liefern, deren Ergebnisse in zwei Jahren erwartet werden. Die Antikörpertherapie wurde in der Regel gut vertragen, auch dann, wenn Studienpatienten sehr tiefe LDL-Cholesterin-Werte von unter 25 mg/dl erreichten. Bisher gibt es keine Hinweise auf schwerwiegende Nebenwirkungen.

Eine beim AHA-Kongress präsentierte Post-hoc-Analyse gepoolter Daten von sechs Studien mit 1.291 Patienten mit Hypercholesterinämie zeigte, wie die Dosierungen wirken: Bei 74% der Patienten genügte die 75-mg/d-Dosis, sie kamen damit innerhalb von acht Wochen auf ihren LDL-Cholesterin-Zielwert, der je nach Risikokonstellation bei < 70 mg/dl oder < 100 mg/dl lag.

Beim verbleibenden Viertel der Patienten wurde die Dosis nach zwölf Wochen verdoppelt. Dadurch sank das LDL-Cholesterin nochmals um 14,2%, und weitere 61% dieser Patienten erreichten ihre Zielwerte, berichtete Dr. Harold Bays, Kentucky. Zum Vergleich: Wenn bei Statinen die Dosis verdoppelt wird, lässt sich im Schnitt nur eine zusätzliche LDL-Cholesterin-Senkung um ca. 6% erreichen.

Dirk Einecke

Poster Sessions und CME-Symposium, American Heart Association, Scientific Sessions 2015, Orlando, 7.–11. November 2015; unterstützt von Sanofi und Regeneron