

Orthostatische Hypotonie nicht begünstigt durch intensive Blutdrucksenkung

Die orthostatische Hypotonie ist eine der häufigsten Begleiterscheinungen der Hypertoniebehandlung. Nicht selten wird sie als Hindernis für eine intensive Blutdruckeinstellung betrachtet. Deswegen sind die Daten der SPRINT-Studie von Interesse.

In der SPRINT-Studie wurden Hypertoniker mit hohem kardiovaskulärem Risiko und einem Alter ≥ 50 Jahren untersucht. Der Zielblutdruck war entweder < 120 mmHg oder < 140 mmHg systolisch. Eine orthostatische Hypotonie definier-

ten die Autoren als systolischen Blutdruckabfall um ≥ 20 mmHg oder einen diastolischen Blutdruckabfall um ≥ 10 mmHg eine Minute nach dem Aufstehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine orthostatische Hypotonie bei intensiver

Blutdruckeinstellung nicht häufiger auftrat als bei der Standardbehandlung (Abb. 1). Ferner war die orthostatische Hypotonie nicht mit einem höheren kardiovaskulären Risiko verbunden (Hazard Ratio 1,06; 95%-KI 0,78–1,44). Es fand sich auch keine Assoziation der orthostatischen Hypotonie mit Synkopen, Elektrolytverschiebungen, Stürzen und akutem Nierenversagen.

Juraschek SP et al. Orthostatic Hypotension, Cardiovascular Outcomes, and Adverse Events: Results From SPRINT. Hypertension. 2020;75:660-7

Kommentar

Für die Praxis ist das Fazit aus diesen auf den ersten Blick überraschenden Befunden, dass eine asymptotische orthostatische Hypotonie nicht als Hindernis für eine intensive Blutdruckeinstellung zu sehen ist. Dennoch ist es sicher weiterhin sinnvoll, bei Patienten mit Neigung zur Orthostase auf die typischen Verursacher wie Alphablocker oder Diuretika bei der Blutdruckeinstellung nach Möglichkeit zu verzichten.



Prof. Dr. med.
Walter Zidek
Berlin

bekanntes Vorhofflimmern und Blutungsereignisse (gastrointestinal, intrazerebral) in der Vorgeschichte.

Die Studienteilnehmer wurden 1:1 randomisiert und erhielten innerhalb von 24 Stunden nach der Ischämie/TIA entweder eine ASS-Monotherapie (300 bzw. 325 mg an Tag 1, gefolgt von 75 oder 100 mg/d) plus Placebo oder eine duale Plättchenhemmung mittels ASS und Ticagrelor (initial 180 mg, gefolgt von 90 mg zweimal täglich) über insgesamt 30 Tage. Das mittlere Alter der Patienten lag in beiden Gruppen bei 65 Jahren. Auch die übrigen Charakteristika (Geschlecht, Risikofaktoren, Vor-medikation) waren nahezu identisch verteilt.

Nach Daten von Juraschek et al. Hypertension. 2020;75:660-7

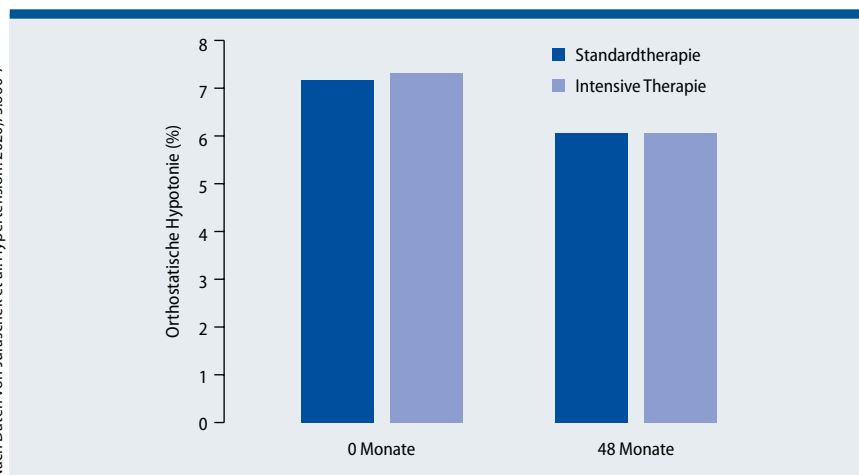


Abb. 1: Häufigkeit einer orthostatischen Hypotonie in der SPRINT-Studie zu Beginn und nach 48 Monaten bei intensiver Therapie (Blutdruckziel < 120 mmHg systolisch) und Standardtherapie (Blutdruckziel < 140 mmHg systolisch).

Duale Plättchenhemmung nach Schlaganfall: Aller guten Dinge sind drei?

Patienten mit leichtem Schlaganfall oder vorübergehender zerebraler Durchblutungsstörung profitieren von einer möglichst spezifischen Therapie zur Vermeidung eines Zweitereignisses. In der THALES-Studie wurde nun der Effekt einer passageren Gabe von ASS und Ticagrelor im Vergleich zu einer ASS-Monotherapie in der Sekundärprävention untersucht.

Von Januar 2018 bis Oktober 2019 wurden insgesamt 11.016 Patienten in 414 Kliniken aus 28 Ländern (überwiegend Europa und Asien) eingeschlossen. Als Indexereignis waren ein leichter bis moderater ischämischer Hirninfarkt (NIHSS ≤ 5) oder eine transitorische

ischämische Attacke (TIA) mit hohem Rezidivrisiko (ABCD2-Score ≥ 6) gefordert. Das Mindestalter lag bei 40 Jahren. Patienten, die eine Thrombolyse und/oder Thrombektomie erhielten, wurden ausgeschlossen. Weitere Ausschlusskriterien waren eine geplante Karotis-OP,