

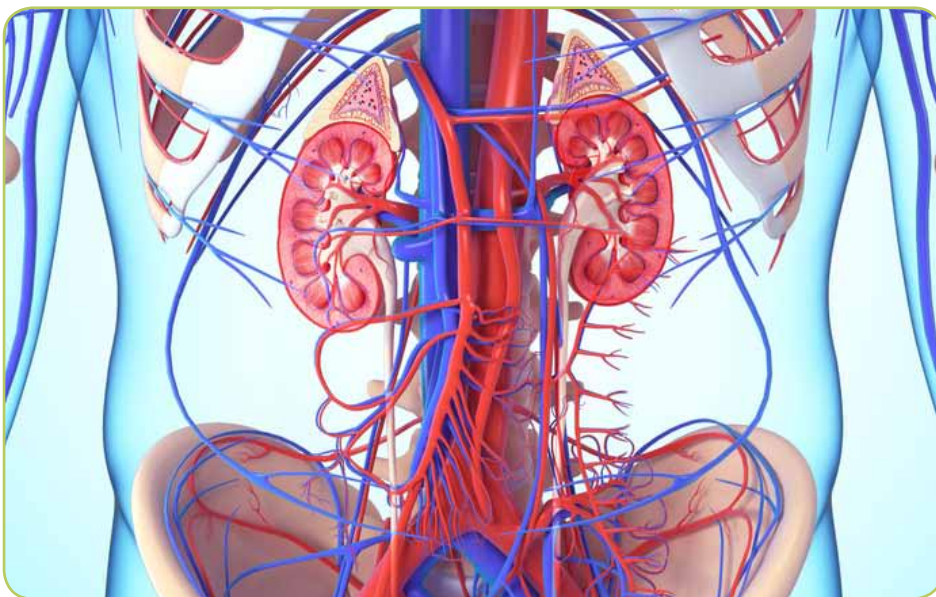
medQN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief **03**

Renale Denervierung:

Eine neue Behandlungsoptionen bei resistenter arterieller Hypertonie



Die hohe Prävalenz einer arteriellen Hypertonie sowie deren Bedeutung als Hauptrisikofaktor für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität können inzwischen als gesichert angenommen werden. Trotz der Möglichkeit einer effektiven und gut verträglichen antihypertensiven medikamentösen Therapie erreichen lediglich 5 bis 17% der in Deutschland behandelten Hypertoniker ihren Zielwertbereich. Ein besonderes Problem stellen hierbei Patienten mit einer sogenannten therapierefraktären arteriellen Hypertonie dar. Diese ist dadurch definiert, dass trotz einer mindestens 3-fach antihypertensiven Therapie in maximaler oder

maximal tolerierter Dosierung, unter Einbeziehung eines Diuretikums, eine Leitlinien-gerechte Blutdruckeinstellung nicht gelingt. Durch eine weitere Eskalation der antihypertensiven medikamentösen Therapie sollte eine Optimierung der Blutdruckeinstellung auch in diesen Fällen angestrebt werden. Einzelne Patienten können jedoch auch mittels einer 5 bis 7-fach antihypertensiven Therapie nicht ausreichend kontrolliert werden, hinzu kommt häufig das Problem von medikamentösen Unverträglichkeiten. Bei allen Patienten mit medikamentös nicht einstellbarem Bluthochdruck muss eine sekundäre Hypertonie als Ursache

- Renale Denervierung: neue Behandlungs-..... optionen 1
- DPP4-Hemmer Vildagliptin: Breites Einsatzspektrum 3
- Naturheilkundliche Praxis: Grenzen und Möglichkeiten 3
- Arterielle Hypertonie: naturheilkundliche Wege..... 4
- Herzkrankte am Steuer: Neue Vorgaben 5
- Verhalten bei zu hohen INR..... 5
- Bluthochdrucktherapie: Altitude-Studie – Einsatz von Aliskiren (Rasilez®)..... 6

systematisch ausgeschlossen werden. Die interventionelle sympathische Nierenarteriendennervation stellt seit einigen Jahren eine zusätzliche Therapieoption für Patienten mit therapiereistenter arterieller Hypertonie dar.



NOVARTIS

Dem sympathischen Nervensystem kommt eine übergeordnete Bedeutung für die Entwicklung einer therapieresistenten arteriellen Hypertonie zu. Die afferenten sowie auch efferenten sympathischen Fasern, die die Nieren mit dem zentralen Nervensystem verbinden, legen sich netzartig um die Nierengefäße und dringen bis in die Adventitia ein. Die sympathischen Nervenfasern regulieren die renale Reninfreisetzung, die tubuläre Natriumresorption sowie die renale Vasokonstriktion mit konsekutiver Abnahme des renalen Blutflusses. Bereits in den 1950er Jahren war die offene sympathische subdiaphragmale Splanchniektomie zur Behandlung der malignen Hypertonie eingesetzt worden. Dieser Eingriff führte zwar zu einer Blutdruckabnahme von bis zu 50 bis 70 mmHg, aufgrund der hohen perioperativen Komplikationsrate wurde dieses Verfahren jedoch wieder verlassen.

Mit einem speziellen Ablationskatheter besteht inzwischen die Möglichkeit, mit deutlich weniger invasiven Maßnahmen die sympathischen Nierennerven zu veröden. Hierzu wird über einen femoralen Zugang der Katheter in die Nierenarterien endoluminal eingebracht und über dessen Spitze ein hochfrequenter Strom appliziert. Dieser führt an der Gefäßwand-anliegenden Stelle durch fokale Wärmeentwicklung zur Zerstörung der sympathischen Nervenfasern. Durch den hohen Blutfluss der Arteria renalis wird das Gefäß intraluminal gekühlt, so dass Gewebedefekte vermieden werden können. Auf diese Art werden in jeder Nierenarterie 4 bis 6 Ablationspunkte gesetzt, grundsätzlich wird der Eingriff an beiden Nierenarterien durchgeführt. Insgesamt ist mit einer Eingriffszeit von 60 Minuten zu rechnen. Während dieser

Radiofrequenzablation treten aufgrund des gemeinsamen Verlaufs von Schmerzfasern und sympathischen Nervenfasern diffuse, viszerale Schmerzen auf, die eine Analgosedierung notwendig machen. In der Symplicity-HTN-1 und HTN2-Studie führte eine renale Denervierung mittels eines solchen Ablationskatheters zu einer signifikanten und anhaltenden Senkung der Praxisblutdruckwerte. Nach 6 Monaten lagen diese 32/12 mmHg tiefer als vor der Intervention. Der Eingriff verursachte keine schwerwiegenden Komplikationen, insbesondere keine Beeinträchtigung der Nierenfunktion und auch keine Interventions-bedingte Stenosierung der Nierenarterie. Erste Untersuchungsergebnisse sprechen auch dafür, dass sich durch die renale Denervierung bzw. die Reduktion der sympathischen Nervenaktivität der Glukosemetabolismus positiv beeinflussen lassen könnte. 10% der Patienten zeigten kein Ansprechen der Blutdruckwerte auf die Intervention.

Seit der Publikation der ersten klinischen Daten (Symplicity-HTN1-Studie im Jahre 2009) findet das Verfahren der renalen Denervierung eine zunehmend breite Anwendung. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass Langzeiterfahrungen sowohl zur Nachhaltigkeit des blutdrucksenkenden Effekts als auch zu potentiellen längerfristig auftretenden Nebenwirkungen noch nicht vorliegen. Das Verfahren sollte daher weiterhin medikamentös therapieresistenten Patienten vorbehalten bleiben. Der Patientenselektion kommt daher bei der Anwendung dieses Verfahrens eine zentrale Bedeutung zu. Für die Anwendung dieses Verfahrens sind formell Patienten geeignet, die trotz der konsequenten Einnahme von 3 oder mehr antihypertensiv wirksamen

Substanzen in adäquater Dosierung und geeigneter Kombination systolische Praxisblutdruckwerte von ≥ 160 mmHg bzw. ≥ 150 mmHg bei Diabetes mellitus Typ 2 aufweisen. Darüber hinaus muss eine sekundäre Genese der arteriellen Hypertonie sicher ausgeschlossen sein. Bei einer Reduktion der Nierenfunktion auf eine glomeruläre Filtrationsrate von < 45 ml/min ist die Indikation zur renalen Denervierung zurückhaltend zu stellen, da von einer verminderten Perfusion der Nierenarterie und damit einem reduzierten Effekt der endoluminalen Kühlung ausgegangen werden kann.

Seit bereits 2 Jahren wird die renale Denervierung an der Augusta-Kranken-Anstalt in Kooperation der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten mit der Abteilung für interventionelle Radiologie durchgeführt. In dem von uns behandelten Kollektiv fand sich eine Rückläufigkeit der Blutdruckwerte entsprechend den in der Symplicity-HTN1- und HTN2-Studie publizierten Daten. Die notwendigen vorbereitenden Untersuchungen, inklusive Abklärung einer sekundären Genese der arteriellen Hypertonie, können sowohl ambulant wie auch stationär durchgeführt werden. Die eigentliche renale Denervierung erfolgt immer im Rahmen eines kurzen stationären Aufenthaltes. Die Vorstellung von Patienten, die potentiell von einer renalen Denervierung profitieren könnten, kann über das Sekretariat der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten der Augusta-Kranken-Anstalt erfolgen.

*Prof. Dr. Dirk Bokemeyer
Chefarzt der Klinik für Nieren-
und Hochkrankheiten, Dialyse
Augusta-Kranken-Anstalt, Bochum*



Gewinner erkennt man am Partner

www.ezetrol.de

EZETROL[®]
Ezetimib

Breites Einsatzspektrum des DPP4-Hemmers Vildagliptin

Vildagliptin verfügt aktuell über ein umfangreiches Behandlungsspektrum für die Therapie von Typ-2-Diabetikern. Doch damit nicht genug: Vildagliptin bleibt auch weiterhin Forschungsschwerpunkt.

Typ-2-Diabetes ist eine chronische, fortschreitende Erkrankung, die langfristige Therapiestrategien erforderlich macht. Dabei stößt häufig die von den Leitlinien empfohlene, initiale Monotherapie schnell an ihre Grenzen. Durch eine intensivere Behandlung – d. h. der Beginn einer Kombinationstherapie – steigt aber auch das Nebenwirkungsrisiko, wie z. B. Hypoglykämien und Gewichtszunahme. Daher wurden nun in der EDGE-Studie die Wirksamkeit und Sicherheit der Kombinationstherapie von Vildagliptin/anderen oralen Antidiabetika (OAD) im Vergleich zu anderen OAD-Kombinationen (z. B. Metformin, Sulfonylharnstoffe oder Thiazolidindione) untersucht. EDGE ist eine der weltweit größten Beobachtungsstudien zur Unter-

suchung von Typ-2-Diabetes: insgesamt nahmen mehr als 45.000 Patienten aus 27 Ländern daran teil. Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten auf die Kombinationstherapie mit Vildagliptin besser ansprechen als auf eine Kombinationstherapie ohne den DPP4-Hemmer.^{1,2} So wurde das glykosylierte Hämoglobin (HbA1c) innerhalb von 12 Monaten Behandlungsdauer in der Vildagliptin-Gruppe von 8,17 auf 6,93 Prozent um 1,19 Prozentpunkte gesenkt – in der Vergleichsgruppe waren es 0,99 Prozentpunkte (Baseline: 8,16).^{1,2} Das Verträglichkeitsprofil der Vildagliptin-Kombinationstherapie war vergleichbar zu den Ergebnissen des klinischen Studienprogramms.^{1,2}

Doch die EDGE-Studie zeigt auch, dass eine Kombinationstherapie meist erst eingeleitet wird, wenn der HbA1c-Wert über 8 liegt. Im Gegensatz dazu empfehlen aktuelle Leitlinien bereits eine Intervention, wenn der HbA1c-Wert 7 nicht erreicht oder nicht gehalten werden kann.^{1,2}

Mit der VERIFY-Studie wird nun untersucht, ob bereits der frühzeitige Einsatz einer Kombination mit Vildagliptin und Metformin die Folgeerkrankungen von Typ-2-Diabetes beeinflussen kann. Des Weiteren erhoffen sich die Studienleiter Erkenntnisse, ob die Wirkstoffkombination im Vergleich zur aktuellen Standardtherapie Metformin den fortschreitenden Verlust über die Blutzuckerkontrolle verlangsamen kann.

Quellenangaben:

1 Mathieu C et al. Effectiveness and safety of vildagliptin compared with other oral anti-diabetic drugs in patients with type 2 diabetes: results from a large worldwide cohort study (EDGE). *Diabetologia* (2012) 55 [Suppl1] S256

2 Bader G et al. Effectiveness of diabetes control with vildagliptin vs. other OADs: baseline characteristics of patients enrolled in the EDGE study. *ADA abstracts 2449-PO. 72nd Scientific Sessions: 2012;June: 61 (suppl 1).*



Grenzen und Möglichkeiten der naturheilkundlichen Behandlung in Klinik und Praxis

Vorwort zum Beitrag

Seit jeher bedient sich die Heilkunde der Heilfaktoren wie Wärme, Kälte, Erde, Wasser, Luft, Pflanzen etc., so dass der Einsatz von Naturheilmitteln seit jeher als fester Bestandteil der medizinischen Behandlung gilt.

Durch die Entwicklung der Grundlagenfächer, wie vor allem Physiologie und Biochemie wurde die Entwicklung synthetischer Arzneimittel in Gang gesetzt (z.B. Sulfonamide, Antiseptika, Zytostatika). Durch ihre definierte und belegbare Wirksamkeit kam es zur überwiegenden Verordnung von synthetischen Arzneimitteln.

Durch diese Entwicklungen trat die Behandlung mit Naturheilmitteln und Naturheilverfahren sowie deren Erforschung über Jahrzehnte in den Hintergrund.

Heute sind Naturheilverfahren wieder ein wichtiger Bestandteil in der Behandlung des niedergelassenen und des klinisch tätigen Arztes und auch zunehmend Gegenstand universitärer Forschung.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Ein wesentlicher Grund dürfte die „Abstimmung mit den Füßen“ durch die Patienten sein, denn die wünschen

sich in 70-80%, so die jüngsten Umfrageergebnisse, die Einbeziehung der Verfahren in die medizinische Versorgung, so dass der Arzt sich heute zunehmend schwer tut, ein solches Patientenanliegen abzulehnen. Zudem nimmt die Zahl der chronisch erkrankten Patienten zu, die vom Arzt Hilfe zur Selbsthilfe erwartet und nicht mehr nur die eine Pille, mit der es ja erfahrungsgemäß bei komplexen chronifizierten Zuständen nicht getan ist. Dem zu Folge kommt der Arzt heute gar nicht mehr daran vorbei, sich ein entsprechendes Wissen darüber anzueignen.

In den nächsten Ausgaben werden unter der Rubrik „Grenzen und Möglichkeiten der naturheilkundlichen Behandlung in Praxis und Klinik“ themenbezogene Beiträge erscheinen.

Da die „Naturheilkunde“ ein breites Feld der Begrifflichkeiten umfasst, wird zunächst dargestellt, welche Naturheilverfahren den Schwerpunkt der Beiträge bestimmen werden. Zur pragmatischen Definition der „Naturheilkunde“ geht man heute von ihren Wirkfaktoren, Wirkprinzipien und ihren Wirkweisen aus, wobei in Deutschland traditionell fünf klassische Naturheilverfahren den Kern des Naturheilverfahrens bilden: Hydro-/Thermotherapie, Ernährungs-, Bewegungstherapie und Massagen, Phytotherapie sowie die Ordnungstherapie. Neben diesen Verfahren werden heute verschiedene Außenseitermethoden (Alternativmethoden) als Naturheilverfahren angeboten. Zugegeben, die sprachliche und sachliche Eingrenzung dieses Bereiches ist nicht immer einfach, was auch die vielen verschiedenen Begriffe zeigen, die teils synonym, teils sich ergänzend, verwendet werden. Der im

angelsächsischen Sprachraum am häufigsten verwendete Begriff „Complementary and Alternativmedicine“ (CAM) umfasst auch Verfahren wie die Homöopathie, die anthroposophische Medizin oder die Akupunktur. „Die Wissensgrundlage für CAM-Verfahren bleibt unsicher und ist Gegenstand von Spekulationen anstelle von gesichertem Wissen“, war daher der Kommentar der Initiative für komplementäre und alternative Methoden in der EU dazu. Der Begriff „Komplementärmedizin“ wird nach Definition der US-amerikanischen National Library of Medicine für „alle jene Praktiken der gesundheitlichen Versorgung verwendet, die nicht Bestandteil der konventionellen Medizin sind“. Und der ebenfalls oft genannte Begriff „unkonventionelle Medizin“ umfasst nach der Interpretation der Europäischen Kommission „einen sehr heterogenen Sektor mit dem gemeinsamen Merkmal: Ausschluss aus der konventionellen, etablierten wissenschaftlichen Medizin und spärliche Repräsentanz in der universitären Lehre und Forschung“. Dass es sich bei diesen Definitionen oft um Tautologien handelt, wird hier besonders offensichtlich.

Alle diese Definitionen treffen aber nicht auf die klassischen Naturheilverfahren (Hydro-, Thermo-, Phyto-, Ernährungs- und Bewegungstherapie) zu, die im Praxistag einen Teil der Routineversorgung darstellen, in der Forschung inzwischen einen festen Platz haben, Gegenstand des Curriculums der ärztlichen Weiterbildung nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte und Gegenstand der Approbationsordnung sind.

Gerade diese Naturheilverfahren zielen auf die Stärkung der Selbstheilungskräfte des Organismus und die Unterstützung der aktiven Rolle des Patienten hin.

Dementsprechend wird in den folgenden Beiträgen der Schwerpunkt auf die klassischen Naturheilverfahren gelegt, die als gute Möglichkeit zur Selbsthilfe dem Patienten angeboten werden können.

Prof. Dr. med. André-Michael Beer, M.Sc.

*Lehrabteilung für Naturheilkunde
der Ruhr-Universität Bochum
Im Vogelsang 5 · 11 45527 Hattingen*

➤ Grenzen und Möglichkeiten der naturheilkundlichen Behandlung: Arterielle Hypertonie

Bei Herrn S., Grundschullehrer, 54 Jahre, wurde vor zwei Jahren die Diagnose essentielle arterielle Hypertonie gestellt. Zunächst versuchte sein Hausarzt eine Einstellung des Hypertonus mittels Diuretikatherapie. Die Blutdruckwerte blieben jedoch um 160/95 mmHg unverändert. Auch unter einer leitliniengerechten medikamentösen Kombinationstherapie (Dreifachkombination mit Diuretikum, ACE-Hemmer und β -Blocker) war der systolische Wert immer noch erhöht (150/90).

Familienanamnese: Der Vater hatte sowohl einen Myokardinfarkt als auch eine Apoplexie erlitten. Auf Anraten seiner Ehefrau, welche in der stationären Naturheilkunde wegen eines metabolischen Syndroms erfolgreich stationär behandelt worden war, suchte Herr A. unsere Ambulanz für Naturheilkunde auf.

Die körperliche Untersuchung war bei Herrn A. bis auf ein leichtes Übergewicht

(Body Mass Index (BMI) 25,4) unauffällig. Laborchemisch fiel lediglich eine leichte Hypercholesterinämie auf.

Ernährungstherapeutisch erfolgte eine Ernährungsumstellung auf eine vollwertige, leicht fettreduzierte, kochsalzarme Kost. Darunter nahm Herr A. in drei Wochen 3,2 kg ab, so dass sein BMI unter 25 war. Im Verlauf sank auch die Hypercholesterinämie auf Normwerte ab. Wegen der Tendenz zur Fettstoffwechselstörung erhielt Herr A. Artischockensaft und Knoblauchkapsel.

Therapeutisch ist bei der Hypertonie die ökonomische Regelung der Lebensweise – diätetisch im weitesten Sinn – das Wichtigste, oft wichtiger als alle



medikamentösen Unternehmungen. Daher wurde mit dem Patienten die Bedeutung einer Lebensstilmodifikation erläutert, um eine gleichmäßig-ruhige Lebensweise kennen zu lernen. In der Ordnungstherapie erlernte Herr A. Entspannungsverfahren (u.a. meditative

Übungen, Muskelrelaxation nach Jacobson), Strategien zur Stressreduktion und Methoden, um auf sich und seinen Körper und dessen Signale besser zu achten.

Regelmäßiges Ausdauertraining mittels Spaziergängen und/oder Fahrradergometrie waren feste Bestandteile seiner individuellen Bewegungstherapie. Daneben lernte er entspannende Atemübungen, welche er in Eigenverantwortung selbst ausführen konnte.

Hydrotherapeutisch führte Herr A. einmal tägliche temperaturansteigende Armbäder (35-39°C innerhalb von 15 Minuten) mit anschließender kurzer Liegeruhe sowie wöchentliche Saunagänge, die bei leichter bis mäßiger Hypertonie möglich sind, durch.

Aus dem Bereich der Phytotherapie gibt es bei dieser Indikation keine klinisch geprüften Fertigarzneimittel. Daher bieten sich vor allem Rezepte aus der traditionellen Phytotherapie an. Phytotherapeutisch empfahlen wir dem Patienten einen Heilpflanzen-tee mit einer Mischung von Weißdornblüten, Mistelkraut und Melissenblättern sowie

Weißdornfrischpflanzenpresssaft im wöchentlichen Wechsel mit Mistelfrischpflanzenpresssaft 3-mal 1 EL über 6 Monate (Fa. Schoenenberger). Dem Weißdorn kommt eine blutdruckstabilisierende Wirkung zu, eine ausgleichende, keine direkt senkende.

Der Patient wies bei der Erstkonsultation einen Hämatokritwert von 48% auf. Wir führten daher einen einmaligen isovolämischen Aderlass durch, um die Blutfließeigenschaften zu verbessern.

Unter dieser naturheilkundlichen Behandlung konnten bereits nach vier Wochen Blutdruckwerte im Normbereich erzielt werden. Zur Kontrolle kam Herr A. weiterhin in unsere Ambulanz und durch Weiterführen der erlernten Anwendungen in Eigenverantwortung konnte der Blutdruck auch längerfristig im Normbereich gehalten werden.

*Prof. Dr. med.
André-Michael Beer, M.Sc.*

*Lehrabteilung
für Naturheilkunde
der Ruhr-Universität Bochum
Im Vogelsang 5 - 11
45527 Hattingen*

Neue Vorgaben für Defi-Träger am Steuer



Zeitraum bis zur Fahreignung

Primärprävention



Sekundärprävention



Nach adäquatem Schock



Verhalten bei zu hohem INR

→ **Exzessiv hohe INR-Werte: INR-Werte >4 bzw. oberhalb des therapeutischen Zielbereiches ohne Blutung:**

Auslassen einer oder mehrerer Phenprocoumon – Tagesdosen und mindestens umtägige INR Kontrollen, bis INR-Wert im oberen therapeutischen Zielbereich.

→ **INR-Wert oberhalb des therapeutischen Zielbereiches und leichte Blutung:**

Absetzen des Antikoagulanz und tägliche INR-Wert Kontrolle, bis Blutung sistiert bzw. INR-Wert im oberen therapeutischen Zielbereich.

→ **INR-Wert oberhalb des therapeutischen Zielbereiches und mittelschwere Blutung:**

Gabe von 5-10mg Vitamin K1 oral, Absetzen des Antikoagulans und tägliche INR-Wert Kontrolle, bis Blutung sistiert bzw. INR-Wert im oberen therapeutischen Zielbereich.

→ **INR-Wert oberhalb des therapeutischen Zielbereiches und kritische Blutung:**

Legen eines großlumigen Zuganges und Anhängen von Kochsalzlösung zum Offenhalten des Zuganges. Wenn Kreislauf stabil, orale Gabe von 10mg Vitamin K1 (da parenterale Gabe nach Ansicht der Leitliniengruppe im ambulanten Bereich zu risikoreich ist), sofortige Einweisung ins nächste Akutkrankenhaus mit dem NAW, Absetzen des Antikoagulanz.

Hirsh J. Guidelines for antithrombotic therapy, 5th edition. Hamilton, London: Becker 2005

Ergebnisse der ALTITUDE Studie veröffentlicht!

Was bedeutet die Studie für den Einsatz von Aliskiren (Rasilez®) in der Bluthochdruck-Therapie



Die ALTITUDE¹ (Aliskiren Trial in Type 2 Diabetes using cardiorenal Endpoints) wurde bei Patienten mit diabetischer Nephropathie mit der Zielsetzung durchgeführt, den Nutzen einer Aliskiren-Therapie zusätzlich zu einer konventionelle Behandlung entsprechend den Leitlinien zu dokumentieren.

Die diabetische Nephropathie wurde definiert als bekannter Typ II-Diabetes mit Makroalbuminurie oder mit einer GFR zwischen 30 und 60 ml/Min. mit Mikroalbuminurie oder mit Herz-Kreislaufferkrankungen in der Anamnese. Da alle Patienten eine konventionelle Behandlung entsprechend den Leitlinien bekommen sollten, war die gleichzeitige Behandlung mit Aliskiren und einem ACE-Hemmer oder einem ARB (nicht jedoch beide) vorgesehen. Die Patienten mit konventioneller Behandlung wurden also randomisiert und einer Behandlung mit Placebo oder mit Aliskiren 300 mg einmal/Tag (n=4287 bzw. 4274) zugeführt. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 32 Monate. Die Patienten hatten zu Beginn der Studie einen Blutdruck von 137/74 mm Hg. Eine weitere Senkung des Blutdrucks war in ALTITUDE kein Studienziel.

Die Ergebnisse der ALTITUDE-Studie wurden nun von Hans-Henrik Parving am 03.11.2012 beim ASN-Kongress in San Diego vorgestellt und im New England Journal veröffentlicht²: Danach wurden etwa 1620 primäre Endpunkte erreicht. Der primäre Endpunkt setzte sich zusammen aus kardiovaskulärem Tod, Herzinfarkt, Apoplex, Behandlung wegen Herzinsuffizienz im Krankenhaus, terminale Niereninsuffizienz oder Verdopplung von Serumkreatinin.

Diesen primären Endpunkt erreichten in der Aliskirengruppe 783 und in der Placebogruppe 732 Patienten (p=0,12, nicht signifikant). Unter Aliskiren kam es bei den Einzelereignissen zu einer Häufung beim plötzlichen Herztod (19 vs. 8 Fälle, p=0,04) und bei den Apoplexien (147 vs. 122 Fälle, p=0,11). Darüber hinaus waren die unter Aliskiren hohen Raten von Hyperkaliämien über 6 mmol/l (11,2% vs. 7,2%) zu bemerken.

Die Ergebnisse von ALTITUDE lassen den Rückschluss zu, dass man Aliskiren bei Patienten mit diabetischer Nephropathie nicht zusätzlich zu ACE-Hemmern oder ARB geben sollte, denn die Thera-

pie verspricht keine Vorteile für Herz-Kreislauf oder Niere.

Die doppelte RAS-Blockade ist, wie auch in der ONTARGET-Studie gezeigt wurde, keine gute Idee (Prof. I. Mann, München).²

Der Renininhibitor Aliskiren ist daher bei Diabetes-Patienten und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) nicht indiziert, bleibt aber eine Therapieoption bei Hypertonikern, die einen anderen RAS-Blocker nicht einnehmen (Prof. H-H. Parving, Autor der ALTITUDE-Studie).¹

In der ALTITUDE-Studie waren die Blutdruckunterschiede in den Vergleichsgruppen mit 1,3/0,6 mm Hg ausgesprochen gering. Es ging eben nicht darum, den möglichen Nutzen einer Blutdrucktherapie mit Aliskiren im Sinne der bis dahin zugelassenen Indikation zu beweisen. Da die Fortsetzung weiterer großer Studien zu Aliskiren nun fraglich ist, wird man die Frage eines Zusatznutzens für die Hypertoniebehandlung vermutlich nie beantworten können. Die obigen Einschränkungen für die Blutdruck-Therapie mit Aliskiren werden also voraussichtlich dauerhaft Gültigkeit haben.

¹ Parving H.H. et al. ALTITUDE-Trial N Engl J Med. November 3, 2012; online first

² ONTARGET, N Engl J Med 2008;358:1547-59

Impressum:

Herausgeber:

Med-QN Netzbüro,
Tel.: (0234) 547 54 53,
www.medqn.de

Redaktion: Herr Dr. Besser,
Herr Dr. Liesenklas, Herr Prof. Juckel,
Herr Dr. Tenholt, Frau Wiciok

Gestaltung: Brigitte Mayer,
www.b-m-grafikdesign.de

Fotos: Fotolia.com: © pixologic (1),
© Christian Jung (3), © PhotoSG (4),
© somenski (5), © DTKUTOO (5),
© fovito (6)