DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 33, S. 28a; Ausgabe 04 / 1999

Kein Unterschied in der Letalität von Hypertonikern, die mit ACE-Hemmern oder Beta-Blockern/Diuretika behandelt wurden

Bisher veröffentlichte Studien, in denen eine Senkung der Letalität des Bluthochdrucks durch antihypertensive Therapie bewiesen wurde, waren mit Reserpin/Beta-Rezeptoren-Blockern/Diuretika durchgeführt worden. Obwohl vieles dafür sprach, daß Angiotensin-Konversions-Enzym (ACE)-Hemmer wegen ihrer günstigen kardialen Effekte die Hochdruck-Letalität ebenfalls senken würden, gab es hierfür keine positiven Belege. Deshalb ist die Veröffentlichung von L. Hansson et al. für die Captopril-Prevention-Project-Study-Group (CAPPP) im Lancet (1999, **353**, 611) besonders wichtig. Die Studie wurde Ende der 80er Jahre entworfen und begonnen. Mehr als 10000 Patienten in 536 Gesundheitszentren in Schweden und Finnland wurden prospektiv randomisiert entweder mit Captopril (Gruppe A) oder mit Beta-Blockern oder Diuretika (Gruppe B) behandelt. Einschlußkriterien waren eine essentielle Hypertonie ohne wesentliche Niereninsuffizienz mit diastolischen Blutdruckwerten = 100 mmHg. Ziel der Studie war eine Senkung des diastolischen Blutdrucks auf Werte unter 90 mmHg und die Messung der Sekundär-Morbidität und -Letalität in den verschiedenen Behandlungs-Armen. Die mittlere Behandlungsdauer ab Randomisierung betrug 5 Jahre. 5492 Patienten wurden in die Gruppe A, 5493 in die Gruppe B randomisiert. Die Verlustrate bis zur Endauswertung war mit 14 bzw. 13 Fällen pro Gruppe ungewöhnlich gering. Patienten der Gruppe A erhielten je nach Blutdruck bis zu 2mal 100 mg Captopril/d. Bei Bedarf durfte ein Diuretikum, bei weiterem Bedarf ein Kalziumantagonist hinzugefügt werden. Gruppe B erhielt primär einen Beta-Blocker (Metoprolol oder Atenolol) oder ein Diuretikum (Hydrochlorothiazid oder Bendrofluazid) allein oder in Kombination. Auch hier durfte bei Bedarf ein Kalziumantagonist hinzugefügt werden.

Ergebnisse: Primäre Endpunkte (tödliche und nicht tödliche Herzinfarkte, Schlaganfälle und andere kardiovaskuläre Todesfälle) ereigneten sich in Gruppe A bei 353 Patienten und in Gruppe B bei 335 Patienten. Die kardiovaskuläre Letalität war in Gruppe A mit 76 Fällen etwas niedriger als in Gruppe B (95 Fälle), die Zahl der tödlichen und nicht tödlichen Herzinfarkte war gleich, während sich tödliche und nicht tödliche Schlaganfälle häufiger in der Captopril-Gruppe (189 Fälle) als in der Gruppe B ereigneten (148 Fälle).

Somit unterschied sich die Komplikationsrate und Letalität nach 5jähriger Behandlung mit Captopril als Hauptmedikament nicht signifikant von der Gruppe mit konventioneller Beta-Blocker- und Diuretika-Therapie. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert. Es zeigt, daß die theoretischen Vorteile einer Behandlung mit ACE-Hemmern sich in der Letalitätsstatistik nicht nachvollziehen lassen. Ob die Langzeit-Behandlungs-Ergebnisse mit einem länger wirkenden ACE-Hemmer wie Enalapril anders gewesen wären, bleibt offen. Ebenfalls im Lancet (1999, **353**, 604) findet sich ein Kommentar zu der

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

besprochenen Arbeit von J. Cutler vom NIH in Bethesda, USA, in dem besondere Aspekte der Studie, z.B. etwas unterschiedliche Ergebnisse zwischen den Behandlungsgruppen bei Diabetikern sowie 2 mmHg höhere diastolische Blutdruckwerte in der Captopril-Gruppe bei der Randomisierung, diskutiert werden.

Fazit: Eine Langzeit-Behandlung mit einem ACE-Hemmer (Captopril) als Erstmedikament ist hinsichtlich der Senkung der Letalität und der Sekundär-Morbidität ähnlich wirksam wie eine Langzeit-Behandlung mit Beta-Blockern und/oder Diuretika. Eine Überlegenheit von Captopril wurde nicht gefunden.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.