DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 32, S. 76a; Ausgabe 10 / 1998

Strikte Blutdruckkontrolle bei hypertensiven Typ-2-Diabetikern reduziert Folgeerkrankungen und kardiovaskuläre Letalität

Unsere britischen Nachbarn verfügen mit computervernetzten Praxen des National Health Service über ein bewundernswert effektives epidemiologisches Forschungsinstrument. Zwei Studien über das wünschenswerte Ausmaß der Blutdruckkontrolle bei Typ-2-Diabetikern wurden kürzlich von der UK Prospective Diabetes Study Group im Brit. Med. J. publiziert (1, 2). Eine weitere Studie über die Kosteneffektivität der Blutdruckbehandlung bei Typ-2-Diabetes und ein alle Studien bewertender Kommentar finden sich im gleichen Heft (3, 4). Mit UKPDS 38 wurde die Effektivität einer Blutdrucksenkung auf Werte 150/85 mm Hg (mittels Captopril oder Atenolol als Hauptmedikamente) mit der einer Blutdrucksenkung auf Werte 180/105 mm Hg verglichen. Die Gruppe mit strengerer Blutdruckkontrolle (Gruppe 1) war mit 758 Patienten deutlich größer als die mit weniger strikter Kontrolle (Gruppe 2: 390 Patienten). Die mittlere Beobachtungsdauer der Patienten betrug 8,4 Jahre. Endpunkte waren die Zahl der kardiovaskulären und nicht-kardiovaskulären Todesfälle sowie - als Hinweis auf eine mikrovaskuläre Erkrankung - eine Albuminune und das Fortschreiten der diabetischen Retinopathie. In Gruppe 1 wurde ein mittlerer Blutdruck von 144/82 mm Hg, in Gruppe 2 von 154/87 mm Hg erreicht (p 0,0001). Trotz dieser relativ gering erscheinenden Unterschiede im mittleren Blutdruck war die Zahl der durch Diabetes verursachten Todesfälle in Gruppe 1 um 32% geringer als in Gruppe 2, die der Schlaganfälle sogar um 44%. Das Fortschreiten mikrovaskulärer Komplikationen war in Gruppe 1 um 37% geringer als in Gruppe 2. Nach 9 Jahren Behandlung benötigten 29% der Patienten in Gruppe 1 für die striktere Blutdruckkontrolle 3 oder mehr Antihypertensiva. UKPDS 39 (3) vergleicht interessanterweise die relative Wirksamkeit von Captopril (Prototyp eines ACE-Hemmers) mit Atenolol (relativ lang wirkender Betarezeptoren-Blocker) bei denjenigen Patienten, deren Blutdruck auf 150/85 mm Hg gesenkt werden sollte. Es handelte sich um das gleiche Patientenkollektiv wie in UKPDS 38. Captopril und Atenolol waren gleich effektiv in der Senkung des Blutdrucks auf im Mittel 144/83 mm Hg bzw. 143/81 mm Hg. 27% der Patienten in der Captopril- und 31% in der Atenolol-Gruppe benötigten 3 oder mehr antihypertensive Medikamente. Die Compliance der mit Captopril behandelten Patienten war mit 78% besser als die der Atenolol-Gruppe (65%; p 0,0001). Bei 31% der Patienten in der Captopril- und 37% in der Atenolol-Gruppe verschlechterte sich die Retinopathie um 2 Skalenstufen, und eine klinisch signifikante Albuminune (> 300 mg/l) trat bei 5% bzw. 9% der Patienten auf. Hypoglykämien waren gleich häufig in beiden Gruppen, jedoch nahmen die mit Atenolol behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum mehr an Gewicht zu (3,4 kg vs. 1,6 kg).

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

Die Autoren von UKPDS 39 bewerten die klinische Brauchbarkeit von Captopril und Atenolol bei Typ-2-Diabetikern als fast gleichwertig. In dem Editorial von C.E. Mogensen aus Aarhus (4) werden jedoch gewisse Vorteile des ACE-Hemmers herausgestellt. Insgesamt erwies sich die strikte Blutdruckkontrolle als kosteneffektiv. Sie ist für den praktischen Arzt auch leichter durchführbar als eine strikte Blutzuckereinstellung.

Fazit: Eine Blutdrucksenkung bei hypertensiven Typ-2-Diabetikern auf Werte unter 150/85 mm Hg ist erreichbar, wirksam hinsichtlich der Verringerung hypertensiver und diabetischer Komplikationen sowie kosteneffektiv. Captopril und Atenolol als Hauptmedikament waren fast gleichwertig im Hinblick auf Blutdrucksenkung und Verhinderung von Komplikationen.

Literatur

1. UKPDS 38: Brit. Med. J. 1998, **317**, 703.
2. UKPDS 39: Brit. Med. J. 1998, **317**, 713.
3. UKPDS 40: Brit. Med. J. 1998, **317**, 720.
4. Mogensen, C.E.: Brit. Med. J. 1998, **317**, 693.

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