

Fixkombination in der Kardiologie

Blutdruck nicht nur senken, sondern normalisieren

Mit der Kombination von Olmesartan plus Amlodipin ist eine weitere Fixkombination aus Angiotensin-II-Antagonist und Kalziumkanalblocker auf den Schweizer Markt gekommen. Im Interview erklärt der Blutdruckexperte Professor em. Dr. Hans R. Brunner, Riehen, welche Vorteile die Fixkombinationen für die Compliance haben.

Selecta: Herr Professor Brunner, wie beurteilen Sie die Hypertoniesituation in der Schweiz?

Prof. Dr. Brunner: In der Schweiz sind ca. 20% der Bevölkerung von Hypertonie betroffen. Wichtiger als diese Zahl ist aber, dass es früher oder später jeden treffen kann. Und wir wissen, dass ein erhöhter Blutdruck das Risiko für Myokardinfarkt, Schlaganfall, Niereninsuffizienz, Augenschäden etc. erhöht. Ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung ist einem Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen ausgesetzt. Wenn man den Blutdruck senkt, senkt man ja nicht nur den Blutdruck, sondern gleichzeitig das Risiko. Der Blutdruck an sich ist nicht wichtig, sondern nur das kardiovaskuläre Risiko.

Die Krankheitsverläufe bei der Hypertonie sind langsam. Ein Patient kann über viele Jahre einen hohen Blutdruck haben und nichts passiert. Das dem Patienten zu kommunizieren ist eine langwierige und schwierige Aufgabe.

Wie senkt man den Blutdruck? Mit reduziertem Salzkonsum kann man ein wenig erreichen, vielleicht auch mit etwas mehr Bewegung. Tatsache ist aber, man braucht fast immer wirksame Medikamente.

Der Hochdruckpatient ist eigentlich kein Patient, er hat ja nur einen erhöhten Blutdruck. Er fühlt sich bestens. Und jetzt soll er plötzlich jeden Tag Medikamente nehmen? Wenn diese Medikamente Nebenwirkungen erzeugen oder wenn mehrere Pillen eingenommen werden müssen, dann geht schon bald gar nichts mehr. Der nicht normalisierte Blutdruck ist darum ein grosses Problem in der Schweiz wie überall, obschon wir hochwirksame und nebenwirkungsarme Medikamente haben.

Patienten werden behandelt, aber ihr Blutdruck wird nicht normalisiert. Das ist ungenügend. Der Blutdruck muss min-



Prof. Dr. Hans R. Brunner,
Riehen

destens auf 140/90 mmHg oder noch tiefer sein, um eine gute kardiovaskuläre Protektion zu erreichen. Das gleiche gilt für das erhöhte Cholesterin, das ebenfalls nicht nur gesenkt werden sollte, sondern unbedingt vorgegebene Zielwerte erreichen muss.

Es ist nicht so einfach für den Patienten. Vorwürfe von Seiten des Arztes bringen überhaupt nichts. Der Patient darf sich nicht schuldig fühlen. Das gleiche gilt für den Arzt. Der Arzt muss dem Patienten unmissverständlich klar machen, dass es nicht um die Blutdrucksenkung, sondern um die Normalisierung zwecks Risikoverminderung geht.

Die Werbung im Stil „mein Medikament senkt den Blutdruck mehr“ ist ausgemachter Unsinn. Wichtig ist, wie viele der mit dem Medikament behandelten Patienten normalisiert werden können.

Welche Rolle spielt die Kombinations-therapie?

Prof. Brunner: Erstens muss man sagen, die meisten Patienten brauchen zwei oder drei Substanzen. Je mehr Pillen jemand einnehmen muss, desto eher setzt er sie ab oder nimmt sie unregelmässig. Wir brauchen fixe Kombinationen. Man kommt mit fixer Kombination sehr viel weiter bei der Einnahme-Disziplin, der sogenannten „Compliance“. Es ist darum ratsam, früh mit einer Fixkombination zu beginnen. Das wird langsam salonfähig. Und man

zeigt dem Patienten, dass man den Blutdruck relativ schnell unter Kontrolle bringen kann. Dann heisst es: „Mein Arzt weiss genau, was er tut.“

Gibt es Kombinationen, die Sie favorisieren?

Prof. Brunner: Es kommt darauf an, welche Ko-Morbiditäten der Patient aufweist. Bei einer Angina pectoris hätte ich gerne noch einen Beta-Blocker dazu. Ich war immer ein grosser Anhänger von einem ACE-Hemmer plus Diuretikum oder Angiotensin-II-Antagonisten plus Diuretikum. Jetzt haben wir diese Kombination von Olmesartan* plus Amlodipin*. Die blutdrucksenkende Wirkung ist wirklich fantastisch. Ich bin sehr beeindruckt. Es ist auch eine sehr gelungene Kombination, nicht nur aufgrund der Wirkmechanismen, sondern auch aufgrund der Pharmakokinetik. Beide haben ein ähnliches pharmakokinetisches Profil mit einer langen Halbwertszeit.

Der Wirkmechanismus ist zwar bei allen Sartanen derselbe. Unterschiede gibt es aber in der Affinität zum AT1-Rezeptor, im Verteilungsvolumen und in der Wirksamkeitsdauer. Übrigens auch in der Dosis-Wirkungskurve.

Was ist der Unterschied zwischen Olmesartan plus Diuretikum und Olmesartan plus Amlodipin?

Prof. Brunner: Das ist eine schwierige Frage. Es gibt Patienten, die Diuretika nicht vertragen, Patienten mit anginösen Beschwerden, Gicht, Diabetes. Es gibt Daten, die suggerieren, dass die Kombination mit Amlodipin effizienter ist als die Kombination mit dem Diuretikum. Dennoch kommt man aber häufig mit der Kombination Sartan-Diuretikum ebenfalls zum Ziel. Dann gibt es aber Patienten, bei denen man alle drei Substanzen braucht, und deshalb ist auch die Dreier-Kombination nicht abwegig.

Gibt es Unterschiede zu den anderen Sartanen?

Prof. Brunner: Ja, da sind die Wirkdauer, die Affinität (zum AT1-Rezeptor) und andere pharmakokinetische Merkmale. Viele dieser Sartane kamen mit einer nicht eindeutig definierten Dosis-Wirkungskurve

▷ Fortsetzung Seite 20