

# Spezielle Hypertoniebehandlung für Diabetiker?

Ergebnisse einer aktuellen Metaanalyse

**Patienten mit Typ-2-Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Bluthochdruck sowie kardiovaskuläre Erkrankungen und Nephropathie. Ob bei ihnen die Blutdruckwerte aggressiver gesenkt werden sollten als bei Nichtdiabetikern, wird kontrovers diskutiert. Eine aktuelle Metaanalyse nahm sich dieser Frage an.**

## Journal of Hypertension

Sollte eine blutdrucksenkende Behandlung bei Typ-2-Diabetikern schon ab einem niedrigeren systolischen Wert ( $\geq 130$  mmHg) einsetzen als bei Nichtdiabetikern ( $\geq 140$  mmHg)? Und sollten bei Diabetespatienten niedrigere Blutdruckzielwerte angestrebt werden ( $< 130$  mmHg) als bei Nichtdiabetikern ( $< 140$  mmHg)? Diese Fragen wurden in den vergangenen Jahren kontrovers diskutiert.

Die meisten aktuellen Leitlinien empfehlen derzeit, dass die Einleitung und die Ziele einer antihypertensiven Therapie bei Patienten mit und ohne Typ-2-Diabetes ähnlich sein sollten. Zudem steht in den aktuellen Guidelines, dass alle Antihypertensivaklassen zur Behandlung des Bluthochdrucks bei Diabetespatienten nutzbringend eingesetzt

werden können, doch wird in den Leitlinien auch die Ansicht vertreten, dass eine blutdrucksenkende Behandlung mit einem Inhibitor des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) bei Diabetikern aufgrund der möglichen spezifischen protektiven Effekte dieser Substanzen auf die Albuminurie und die Nierenfunktion sinnvoll sein kann.

Eine griechisch-italienische Arbeitsgruppe führte kürzlich eine Metaanalyse sämtlicher verfügbarer randomisierter, kontrollierter Studien (RCT) durch, um herauszufinden, wie sich die Senkung des Blutdrucks auf verschiedene systolische (SBP) und diastolische Blutdruckwerte (DBP), auf kardiovaskuläre und renale Outcomes bei Patienten mit und ohne Diabetes mellitus auswirkt, und welche Effekte verschiedene Antihypertensivaklassen ausüben.

### Methoden

Die Datenbank bestand aus 72 RCT zur Blutdrucksenkung (260 210 Patienten) und aus 50 RCT, in denen Antihypertensiva direkt miteinander verglichen wurden (247 006 Patienten).

In diesen beiden Sets wurden RCT oder RCT-Untergruppen identifiziert, die Daten von Patienten mit und ohne Diabetes separat darstellten. Diese Studien wurden stratifiziert nach:

- ❖ SBP und DBP, die unter der Behandlung erreicht wurden
- ❖ Medikamentenklasse im Vergleich zu Placebo
- ❖ Medikamentenklasse im Vergleich zu allen anderen Klassen.

Die Risk-Ratios und die 95%-Konfidenzintervalle sowie die absoluten Risikoreduktionen von sechs tödlichen und

nicht tödlichen kardiovaskulären Auswirkungen, der Gesamtmortalität sowie der terminalen Niereninsuffizienz (end-stage renal disease, ESRD) wurden für Diabetiker und Nichtdiabetiker separat berechnet und in einer Interaktionsanalyse verglichen.

### Nichtdiabetiker profitieren von Werten unter 130 mmHg

Die Autoren identifizierten 41 RCT, die Daten zu 61 772 Diabetespatienten lieferten, sowie 40 RCT mit Daten zu 191 353 Patienten ohne Diabetes mellitus. Wurde ein SBP von wenigstens 140 mmHg erreicht, waren die relativen und absoluten Reduktionen der meisten kardiovaskulären Auswirkungen bei Diabetikern signifikant grösser als bei Nichtdiabetikern. Wurde dagegen ein SBP von unter 130 mmHg erzielt, verschwand dieser Unterschied, oder er kehrte sich ins Gegenteil (grössere Reduktion bei Nichtdiabetikern). Eine signifikante ESRD-Reduktion wurde nur bei Diabetespatienten beobachtet, doch war diese am grössten, wenn der erzielte SBP mindestens 140 mmHg betrug; bei einem SBP unter 140 mmHg wurde kein weiterer Effekt beobachtet.

Alle Antihypertensivaklassen reduzierten im Vergleich zu Placebo das kardiovaskuläre Risiko bei Diabetikern und Nichtdiabetikern, doch ACE-«(angiotensin-converting enzyme)»-Inhibitoren waren die einzige Substanzklasse, die bei Diabetikern effektiver war als bei Nichtdiabetikern. Beim Vergleich mit anderen Substanzklassen waren RAS-Inhibitoren hinsichtlich der kardiovaskulären Prävention bei Nichtdiabetikern gleich effektiv, jedoch bei Diabetikern mässig, aber signifikant effektiver. ❖

### Andrea Wülker

Quelle: Costas Thomopoulos et al.: Effects of blood-pressure-lowering treatment on outcome incidence in hypertension: 10 – Should blood pressure management differ in hypertensive patients with and without diabetes mellitus? Overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens* 2017; online first, DOI:10.1097/HJH.0000000000001276.

Interessenlage: Die drei Autoren der referierten Originalpublikation haben Honorare von verschiedenen Pharmaunternehmen erhalten.

## MERKSÄTZE

- ❖ Die Senkung des systolischen Blutdrucks unter 130 mmHg bringt bei Diabetikern im Gegensatz zu früheren Empfehlungen nur einen geringen oder keinen Nutzen.
- ❖ Diastolische Blutdruckzielwerte  $< 80$  mmHg können sowohl für Diabetiker als auch für Nichtdiabetiker empfohlen werden. Doch das kardiovaskuläre Risiko bei Diabetikern wird vor allem durch Senkung des DBP auf Werte zwischen 80 und 90 mmHg reduziert.
- ❖ Bei Diabetikern sollte die antihypertensive Therapie mit einem RAS-Blocker begonnen werden beziehungsweise einen RAS-Blocker enthalten.