

Noch tiefere Zielblutdruckwerte?

r -- The SPRINT Research Group; Wright JT, Williamson JD, Whelton PK et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015 (26. November); 373; 2103-16

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Ein hoher Blutdruck muss behandelt werden, so viel ist klar. Aber welcher Zielblutdruck dabei angestrebt werden soll, wird kontrovers diskutiert. Mit dieser Fragestellung wurden 9'361 mindestens 50-jährige Personen mit einem systolischen Blutdruck zwischen 130 und 180 mm Hg und einem erhöhten kardiovaskulären Risiko (jedoch ohne Diabetes und ohne Schlaganfall in der Vorgeschichte) nach dem Zufall einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt: Zielblutdruck unter 120 mm Hg (intensive Therapie) oder Zielblutdruck unter 140 mm Hg (Standard-Therapie). Behandelt wurde nach einem Protokoll, das alle Hauptkategorien von Antihypertensiva umfasste. Primärer Endpunkt war die Kombination von Myokardinfarkt, akutem koronarem Syndrom, Hirnschlag, akuter Herzinsuffizienz und Tod kardiovaskulärer Ursache.

Die randomisierte Studie wurde nach einer medianen Studiendauer von 3,26 Jahren wegen eindeutig besserem Abschneiden der intensiv behandelten Gruppe vorzeitig beendet. Die erreichten systolischen Blutdruckwerte betrugen nach dieser Zeit unter intensiver Therapie im Mittel 121,5 mm Hg und unter Standard-Therapie 134,6 mm Hg. 243 der intensiv behandelten Personen und 319 unter Standard-Therapie erreichten den primären Endpunkt und 155 bzw. 210 starben. Alle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren statistisch hoch signifikant. Um ein kardiovaskuläres Ereignis (entsprechend dem primären Endpunkt) zu verhindern, mussten 61 Hypertoniekranken intensiver behandelt werden; um einen Todesfall zu verhindern, waren 90 zusätzliche intensiv Behandelte nötig («Number Needed to Treat» NNT). Unter intensiverer Blutdrucksenkung gab es häufiger Verschlechterungen der Nierenfunktion, Elektrolytstörungen, Hypotonie und Synkopen, aber nicht mehr Stürze mit Verletzungsfolgen und sogar seltener orthostatische Hypotonie.

Eine wichtige Studie, mit der die Diskussion über die optimalen Zielblutdruckwerte bei der Hypertoniebehandlung neu lanciert wird. Die Zahlen sind eindrücklich: wenn wir bei 90 Hypertoniekranken einen Blutdruck von 120 statt der üblichen 140 mm Hg anstreben, retten wir damit einem von ihnen das Leben, obschon das strenge Blutdruckziel von unter 120 mm Hg systolisch auch unter dem rigorosen Studienprotokoll im Mittel nicht ganz erreicht wurde. Die Nebenwirkungen waren erstaunlich harmlos; die beobachtete Verschlechterung der glomerulären Filtrationsrate in der intensiven Behandlungsgruppe könnte durch vermehrten Diuretikagebrauch bedingt sein und muss nicht einer permanenten Nierenschädigung entsprechen. Zu beachten ist allerdings, dass diese Studie an stark selektierten Personen durchgeführt worden ist, so dass die Resultate nicht verallgemeinert werden dürfen. Und der Behandlungsaufwand war beträchtlich: um ein Blutdruckziel von unter

120 mm Hg zu erreichen, brauchte es in der Studie im Mittel pro behandelte Person ein zusätzliches Medikament. Die Studie zeigt aber, dass sich der Aufwand bei Risikopersonen ohne Diabetes lohnt. Mögliche Nebenwirkungen sind zu beachten, und Nierenfunktion und Elektrolyte sind häufiger zu kontrollieren als wir es bisher gewohnt waren.

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann