

Verschiedene Blutdruckmedikamente bei Diabetes gleichwertig

m -- Bangalore S, Fakheri R, Toklu B et al. Diabetes mellitus as a compelling indication for use of renin angiotensin system blockers: systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMJ 2016 (11. Februar); 352: i438

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Renato L. Galeazzi

Ob zwingend ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Rezeptor Blocker (Renin-Angiotensin-System-Blocker [RAS]) bei Diabeteskranken ohne manifeste Niereninsuffizienz (aber allenfalls mit Mikroalbuminurie oder Proteinurie) als Erstlinientherapie bei Hypertonie eingesetzt werden müssen, wird in verschiedenen Guidelines kontrovers beurteilt. Wird diese Forderung erhoben, so stützt sie sich auf Placebo-kontrollierte Studien und nicht auf Vergleichsstudien mit anderen Antihypertensiva. Eine Forschungsgruppe aus New York hat mit dieser Meta-Analyse die Frage zu beantworten versucht, ob RAS tatsächlich anderen Blutdruckmitteln überlegen sind in Bezug auf Todesfälle, diverse kardiovaskuläre Ereignisse, Niereninsuffizienz und Anzahl Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen. Berücksichtigt wurden randomisierte Studien an mehr als 100 Personen mit Diabetes und einer Beobachtungsdauer von mindestens einem Jahr, in welchen RAS mit anderen Antihypertensiva verglichen worden waren. Nicht berücksichtigt wurden Studien bei Personen mit Herzinsuffizienz, da für diese eine günstige Wirkung der RAS belegt ist.

Neunzehn solche Studien mit total 25'414 Teilnehmenden und einer mittleren Beobachtungsdauer von 3,8 Jahren wurden gefunden. In 14 Studien wurden RAS mit Kalziumantagonisten, in drei mit Thiazid-Diuretika und in zwei mit Betablockern verglichen. Für RAS konnte – sowohl gegenüber allen anderen Blutdruckmedikamenten zusammen wie auch im Vergleich mit den einzelnen therapeutischen Klassen – kein Unterschied in Bezug auf Todesfälle, kardiovaskuläre Todesfälle, Myokardinfarkt, Angina pectoris, Notwendigkeit einer kardialen Revaskularisation, Hirnschlag, Niereninsuffizienz und Anzahl von Therapieabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen gezeigt werden. Einzig hinsichtlich Herzinsuffizienz schnitten sie gegenüber Kalziumantagonisten etwas besser ab. Für Thiazid-Diuretika und Betablocker war die Anzahl Studien so klein, dass von einer grossen statistischen Ungenauigkeit ausgegangen werden muss. Gemäss einer speziellen Regressionsanalyse hatte eine zusätzliche Nephropathie (welche allerdings nicht in jeder Studie gleich definiert war) keinen Einfluss auf die Ergebnisse. Es wird daraus geschlossen, dass es keine Rolle spielt, mit welcher Klasse von Antihypertensiva bei der Behandlung von Diabeteskranken mit Hypertonie begonnen wird.

Eine interessante Meta-Analyse, welche wieder einmal aufzeigt, wie die Art der klinischen Studien und die Interpretation ihrer Ergebnisse das Therapieverhalten beeinflussen. Die meisten Studien mit RAS bei Diabeteskranken mit Hypertonie sind tatsächlich Zulassungsstudien und daher Placebo-kontrolliert. Daraus allgemeine Richtlinien abzuleiten, ist sicher nicht ange-

bracht. Dass sich aber an der Verschreibung von RAS nach dieser Meta-Analyse etwas ändern wird, ist kaum anzunehmen. RAS haben weniger subjektive Nebenwirkungen als etwa Betablocker oder Kalziumantagonisten und Diabeteskranken mit Hypertonie brauchen sowieso meistens mehr als ein Antihypertensivum; auch wird bei Vorliegen einer Proteinurie oder schwereren Nephropathie niemand auf einen RAS verzichten wollen.

Zusammengefasst und kommentiert von Renato L. Galeazzi