

Antihypertensiva bei normalem Blutdruck? (Studie 2)

r -- Braunwald E, Domanski MJ, Fowler SE et al. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. N Engl J Med 2004 (11. November); 351: 2058-68

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Michel Zuber

In der Behandlung der Herzinsuffizienz sind ACE-Hemmer heute nicht mehr wegzudenken. Bei eingeschränkter linksventrikulärer Funktion verbessern sie nicht nur das Überleben, sondern senken auch das Risiko für einen Herzinfarkt. Es stellt sich deshalb die Frage, ob sich ACE-Hemmer grundsätzlich günstig auf die Arteriosklerose auswirken. In der PEACE-Studie untersuchte man, ob sich die Zugabe von Trandolapril (Copten®) zur etablierten Behandlung einer stabilen koronaren Herzkrankheit mit normalem Blutdruck günstig auf einen kombinierten Endpunkt von Kreislauftod, Herzinfarkt oder koronarer Revaskularisation auswirkt. In diese multizentrische, randomisierte Studie wurden 8'290 Personen mit einer dokumentierten koronaren Herzkrankheit eingeschlossen. Diese waren durchschnittlich 64 Jahre alt (18% Frauen), der mittlere Blutdruck betrug 134/78 mm Hg, die mittlere linksventrikuläre Auswurfraction (LVEF) 58%. Durchschnittlich wurden die Teilnehmenden während 4,8 Jahren nachkontrolliert. In der Trandolapril-Gruppe erreichten 909 Personen den primären Endpunkt (21,9%) in der Placebogruppe 929 Personen (22,5%). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (95%-CI 0,88-1,06). Damit bringt bei stabiler koronarer Herzkrankheit, normalem Blutdruck und normaler LVEF eine zusätzliche Behandlung mit Trandolapril keinen messbaren Nutzen.

Beide Studien zusammengefasst von Werner Eugster

Dass eine additive Therapie mit Amlodipin bei einem bereits gut behandelten Koronarkranken ohne linksventrikuläre Funktionsstörung und normalem Blutdruck im Gegensatz zu Enalapril trotz einer vergleichbaren Blutdrucksenkung zu einer weiteren Reduktion des kardiovaskulären Risiko führt, unterstreicht die Wichtigkeit der tiefen Blutdrucksenkung, auch wenn der Wirkmechanismus spekulativ bleibt. Dass vorwiegend Hospitalisationen wegen Angina pectoris und Revaskularisation verhindert werden, weist auf die bessere antiischämische Wirkung von Amlodipin hin. Da eine solche Risikoreduktion für andere Kalziumantagonisten anderswo nicht aufgezeigt werden konnte, könnten zusätzliche pleiotrope Effekte (d.h. verschiedenartige Wirkungen auf unterschiedliche Zellen) von Amlodipin als mögliche Erklärung in Frage kommen. Weil eine ACE-Hemmer-Therapie in der zweiten Studie auch mit dem länger wirksamen Trandolapril bei Personen mit vergleichbarer Krankheit keine weitere kardiovaskuläre Risikoreduktion bewirkt hat, ist eine Beeinflussung des Renin-Angiotensin-Systems bei diesen Personen nicht indiziert. Amlodipin hingegen scheint eine Verlangsamung der Atherosklerose bewirken zu können.

Michel Zuber