

## Bei der Blutdruckbehandlung Herz- Kreislauf-Gesamtrisiko berücksichtigen

m -- Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data. PLoS Med 15 (20. März); 3:e1002538

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Markus Häusermann

Mit der Idee, dass sich analog den Standards beim Cholesterin die Schwellen- und Zielwerte einer Blutdruckbehandlung besser nach dem kardiovaskulären Gesamtrisiko statt nach dem Blutdruck allein richten würden, haben die Studienverantwortlichen eine Meta-Analyse aus randomisierten Studien durchgeführt, in denen entweder eine medikamentöse Blutdrucksenkung mit Placebo oder eine intensive mit einer weniger intensiven Behandlung verglichen worden war. Das Fünfjahresrisiko einer Herz-Kreislauf-Krankheit wurde für jede Studienperson individuell mit einem zuvor validierten statistischen Modell errechnet. Primärer Endpunkt war die Anzahl kardiovaskulärer Ereignisse, namentlich Schlaganfall, Myokardinfarkt, Herztod, Herzinsuffizienz oder Tod kardiovaskulärer Ursache. 11 Studien waren für die Analyse geeignet. Innerhalb von 4 Jahren (Medianwert) erlitten 7,5% von 47'872 Männern und Frauen ein kardiovaskuläres Ereignis gemäss obiger Definition. Bei risikobasierter Therapieentscheidung hätte man weniger Personen behandeln müssen und/oder damit mehr Ereignisse verhindert als mit rein Blutdruck-orientierter Behandlung. Anstatt zum Beispiel alle Personen mit systolischem Blutdruck ab 150 mm Hg zu behandeln, hätte man bei risikobasierter Therapie auf 29% der Behandlungen verzichten können, um gleich viele Ereignisse zu verhindern; pro Anzahl behandelter Personen hätte man so 16% mehr Ereignisse verhindert.

Bei Behandlung ab 140 mm Hg systolisch war allerdings der Vorteil für die risikoorientierte Strategie statistisch nicht mehr signifikant. Untergruppenanalysen zeigten bei Diabetes und bei vorbestehender kardiovaskulärer Erkrankung, dass die risikoorientierte Strategie dort in Abweichung vom Gesamtkollektiv keinen Vorteil gebracht hätte.

*Die antihypertensive Therapie nach Gesamtrisiko statt nach Blutdruck allein bringt einen interessanten neuen Weg in die aktuelle Diskussion um die richtigen Grenz- und Zielwerte für den Blutdruck ein. Die Schlussfolgerungen aus dieser mit komplexer Statistik erstellten und nicht einfach zu lesenden Meta-Analyse leuchten ein: Je höher das Gesamtrisiko, desto mehr profitieren die Kranken von der Blutdruckbehandlung. Bemerkenswert finde ich, dass bei blutdruckorientierter Therapie die «Number Needed to Treat» (NNT) für die Verhinderung eines Ereignisses fast unabhängig vom Blutdruckgrenzwert etwa gleich hoch blieb, nämlich um 50, während bei risikoorientierter Therapie die NNT mit höherem Grenzwert fast linear abnahm, wie es plausibel erscheint: etwa 45 bei Behandlung ab einem Fünfjahresrisiko von 5%, 24 bei Behandlung ab einem Fünfjahresrisiko von 20%. Der Blutdruckzielwert sollte weiter*

*eine individuelle Entscheidung basierend auf dem Nutzen, also auf der Verhinderung von Folgekrankheiten, und der Verträglichkeit der Behandlung sein.*

Zusammengefasst und kommentiert von Markus Häusermann