

Einführung zum Thema

Diabetologe 2007 · 3:425
 DOI 10.1007/s11428-007-0177-4
 Online publiziert: 25. Oktober 2007
 © Springer Medizin Verlag 2007

G.A. Spinas

Dept. of Endocrinology, Diabetes and Clinical Nutrition, University Hospital, Zürich

Hypertonie und Diabetes

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vier von 5 Patienten mit Typ-2-Diabetes – 2 von ihnen bereits bei Diagnosestellung – leiden gleichzeitig an arterieller Hypertonie. Diese Patienten haben ein 4-fach höheres Risiko, ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden oder daran zu sterben, als normotensive Personen.

Zahlreiche Interventionsstudien haben gezeigt, dass durch eine Senkung des systolischen Blutdrucks um 10 mmHg die kardiovaskuläre Mortalität bei Diabetikern um 15% und mehr gesenkt werden kann. Wir wissen von der United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), dass bereits eine moderate Blutdrucksenkung sich hinsichtlich Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse günstiger auswirkt als eine intensive Senkung des Blutzuckers.

Gemäß den heute geltenden Richtlinien der Fachgesellschaften sollte bei Patienten mit Diabetes ein arterieller Blutdruckzielwert von <130/80 mmHg angestrebt und beim Vorliegen einer Mikroalbuminurie der systolische Wert unter 120 mmHg gesenkt werden. Im vorliegenden Heft kommentiert Hermann Haller die aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie, wie sie von der europäischen Hypertoniegesellschaft und der europäischen Gesellschaft für Kardiologie kürzlich verabschiedet wurden. In Zukunft soll vermehrt das globale kardiovaskuläre Risiko – also insbesondere Diabetes und Mikroalbuminurie – in den Therapieentscheid einfließen.

In der „Blutdruckstudie“ der UKPDS wurden über 700 Patienten während 9 Jahren entweder mit Captopril oder Atenolol behandelt. Dabei konnte bei vergleich-

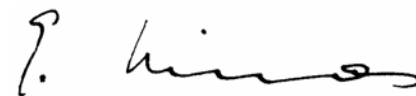
barer Blutdrucksenkung kein Unterschied bezüglich Gesamtmortalität und Inzidenz von Myokardinfarkten, Schlaganfällen oder Herzinsuffizienz zwischen den beiden Therapiegruppen festgestellt werden. Dennoch scheint die medikamentöse Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) einen besonders günstigen Einfluss auf die Inzidenz der kardiovaskulären und renalen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu haben. Unabhängig von ihrer blutdrucksenkenden Wirkung vermindern ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten zusätzlich die nicht-enzymatische Proteinglykosylierung und die Bildung von reaktiven Sauerstoffradikalen. Vor allem aber verbessern sie die endotheliale Dysfunktion wie von Isabelle Sudano in ihrer Übersicht dargestellt.

Als leicht erfassbarer früher Marker eines generellen Endothelschadens gilt eine erhöhte Ausscheidung von Albumin im Urin. Das Vorliegen einer Mikroalbuminurie zeigt ein erhebliches kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko an und erfordert eine konsequente Senkung des systolischen Blutdrucks auf Werte unter 120 mmHg. Bernhard Hess fasst in seinem Beitrag aktuelle Aspekte zur Bedeutung und zur Erfassung der Mikroalbuminurie in der Praxis zusammen.

Seit diesem Jahr steht uns eine neue Substanzklasse zur umfassenden Hemmung des RAAS, die Kirene, zur Verfügung. Durch die direkte Hemmung des Renins wird im Gegensatz zur ACE-Hemmung und Angiotensinrezeptorblockade die Freisetzung und Wirkung sämtlicher Angiotensine unterdrückt und dadurch ein zusätzlicher blutdrucksenkender Effekt erzielt. Jürg Nussberger, der von der ersten Stun-

de an bei der Entwicklung des Aliskirens dabei war, vermittelt uns einen Überblick über das klinische Potenzial dieser vielversprechenden neuen Medikamentenklasse.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen



Giatgen A. Spinas

Korrespondenzadresse

Prof. G.A. Spinas

Dept. of Endocrinology, Diabetes and Clinical Nutrition, University Hospital, 8091 Zürich, Schweiz
 giatgen.spinas@usz.ch