

COVERCARD® A NŐK VÉDELMEBEN

Nagy László dr.

Jósa András Oktatókórház
Egészségügyi Szolgáltató
Nonprofit Kft.,
III. Belgyógyászat – Kardiológia,
Nyíregyháza

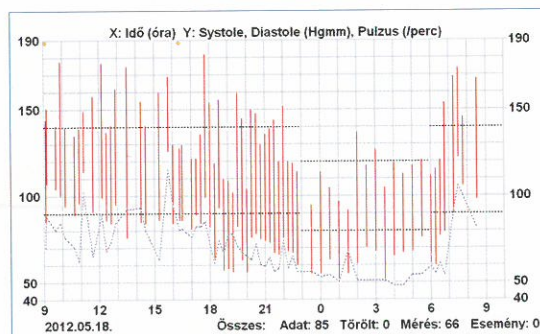


A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

A nők életüknek közel egyharmadát posztmenopauzális, ösztrogénhiányos állapotban töltik el. A hormonális átalakulást kísérő metabolikus változások és az ezzel egy időben fellépő kardiovaszkuláris rizikófaktorok együttes hatása kedvezőtlen a szív- és érrendszerre. A nők kardiovaszkuláris veszélyeztetettsége a menopauza után megközelíti az azonos korú férfiakét. Az epidemiológiai vizsgálatok adatai szerint a hipertónia előfordulási aránya menopauza után meg is haladja a férfiak körében észlelt gyakoriságot. Míg 45 és 55 éves kor között minden tizedik, addig 65 éves kor felett már minden harmadik nőnek magas a vérnyomása. A menopauzát követően a kardiovaszkuláris megbetegedések aránya ugrásszerűen megnő és a halálozási statisztikák első helyén nők esetében is a miokardiális infarktus áll (1).

ESETISMERTETÉS

Az 55 éves, belgyógyászati szempontból negatív anamnéziséű, kezelt, kombinált hyperlipidaemiás menopauzában lévő nőbetegnél öt hónapja tartó antihipertenzív kombinációs kezelés (10 mg bisoprolol, 160/25 mg valzartan+HCT) mellett többször előfordult otthoni vérnyomásmérés kapcsán magasabb, döntően szisztolés vérnyomásérték (160-170 Hgmm) és ennek kapcsán visszatérő fejfájásos rohamok. Echokardiográfiás vizsgálata során II. típusú diasztolés diszfunkció volt igazolható egyéb eltérés nélkül. Az aktuális antihipertenzív kombinációs kezelés mellett elvégzett ABPM eredménye látható az 1. ábrán. Az ABPM lelet birtokában a valzartan+HCT kombinációt 5 mg perindopril+ 5 mg amlodipin fix kombinációra (Covercard®) cseréltük a bisoprolol megtartása mellett, amelynek hatékonyságát – 3 hónapos kezelés után – ismételt ABPM-vizsgálattal ellenőriztük (2. ábra).



1. ábra:
A korábbi kezelés
mellett elvégzett
ABPM-vizsgálat
eredménye

EREDMÉNYEK

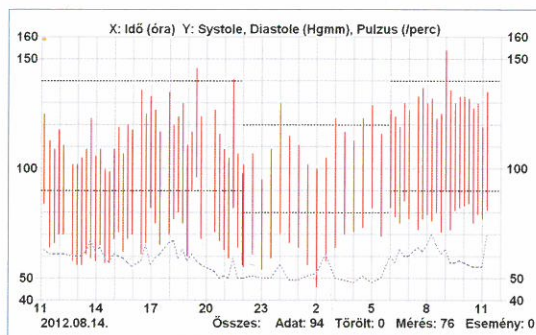
A valsartan+HCT alapú antihipertenzív kezelés mellett főleg az aktív időszakban volt észlelhető döntően szisztolés, jelentős tenziókiugrás. A hajnali, reggeli órákban gyorsan emelkedő vérnyomásértékek a nem megfelelő 24 órás hatástartamot egyértelműen igazolták.

A 3 hónapos perindopril+amlodipin kombináción alapuló kezelés után elvégzett ABPM-vizsgálat alapján mind az aktív, mind a passzív időszakban mindvégig a normális tartományon belüli vérnyomásértékek voltak észlelhetők. A megfelelő 24 órás hatékonyságot a hajnali, reggeli órákban elmaradó vérnyomásemelkedés igazolta.

MEGBESZÉLÉS

A VALUE-vizsgálatban azt vizsgálták, hogy feltehetően azonos vérnyomáskontroll esetén a valzartan vagy amlodipin alapú antihipertenzív terápia csökkenti-e jobban a kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást. Az idősebb (átlag életkor 67 év) és főként szisztolés hipertóniás betegcsoportban 1 hónap elteltével az amlodipin alapuló kezelés 4 Hgmm-rel alacsonyabb szisztolés vérnyomásértéket eredményezett, mint a valzartan alapú kezelés, amely különbség egy része (~2 Hgmm) a vizsgálat folyamán végig fennmaradt. A szekunder végpontok közül a kalciumantagonista csoportban 19%-kal kisebb volt a miokardiális infarktus kockázata ($p < 0,02$) és volt egy nem szignifikáns tendencia a stroke (-15% , $p < 0,08$) kockázatának csökkenése tekintetében (2).

2. ábra:
A módosított kezeléssel elvégzett ABPM-vizsgálat eredménye



Az EUROPA- és ASCOT-vizsgálatok után az EUROPA adatok „post hoc” analízisének egyik fő célja az volt, hogy bizonyítsa, létezik-e szinergista hatás a perindopril és a kalciumantagonisták között. A valamilyen kalciumantagonistával kombinált perindopril az elsődleges végpont tekintetében 35%-os, az ösztörtalitás vonatkozásában 46%-os relatív rizikócsökkenést eredményezett a kalciumantagonistával kombinált placeboval összehasonlítva. A statisztikai adatok egyértelműen a perindopril és a kalciumantagonisták közötti, a különböző kardiovaszkuláris végpontokat befolyásoló szinergista hatást bizonyítják. A perindopril+amlodipin kombináció a bizonyítottan erőteljes vérnyomáscsökkentés mellett további kedvező hatást fejt ki a szív-érrendszeri rizikó, illetve a célszervkárosodások progressziójának mérséklése szempontjából (3). Az ASCOT-BPLA rámutatott, hogy az amlodipin és perindopril szabad kombinációja hatékony vérnyomáskontrollt biztosít (4), amelyet az előbbi hatóanyagok immáron fix dózisú kombinációjával végzett STRONG-vizsgálat is megerősített (5).

Noha az elmúlt években a hidroklorotiazid (HCT) tartalmazó fix gyógyszer-kombinációk meghatározó szerevé váltak az antihipertenzív fegyvertárunknak, a HCT komponenst sok támadás érte kedvezőtlen anyagcserehatásai, illetve hiányos dokumentáltsága miatt (6). Mivel az amlodipinnek igazolt vazoprotektív és bizonyított anyagcsere-semleges hatása van, így joggal

feltételezhető, hogy azonos vérnyomáscsökkentő hatás mellett egy amlodipin alapú fix kombináció nagyobb fokú kardiovaszkuláris védelmet biztosít, mint egy HCT alapú fix kombináció.

Az ACCOMPLISH-vizsgálatban az ACEI+amlodipin fix kombinációs kezelés az összetett kardiovaszkuláris mortalitás és morbiditás vonatkozásában 20%-os ($p=0,0002$), a kemény kardiovaszkuláris végpontok (kardiovaszkuláris halál, akut miokardiális infarktus, stroke) vonatkozásában ugyancsak 20%-os ($p=0,007$) szignifikáns rizikócsökkenést eredményezett az ACEI+HCT fix kombinációs kezeléshez képest, hasonló vérnyomáscsökkentés mellett (7).

KONKLÚZIÓ

A rendelkezésre álló jelentős klinikai evidencia alapján az amlodipin alapú antihipertenzív kezelés hatékonyabb vérnyomáskontrollt és kardiovaszkuláris rizikócsökkenést eredményezett, mint a valzartan alapú kezelés. Az is egyértelműen bizonyított, hogy a perindopril+amlodipin kombináció az erőteljes vérnyomáscsökkentésen túl kardiovaszkuláris rizikót és a célszervkárosodások progresszióját csökkenti. A kedvezőbb beteg-compliance nagyobb terápiás sikerének fő záloga a perindopril+amlodipin fix dózisú kombinációk alkalmazása, amelyek klinikai hatékonysága a szabad kombinációkkal bizonyítottan egyenértékű. Az ACE-gátló alapú kezeléshez kombinációs partnerként választott amlodipinnel kiegészített fix kombinációk a kardiovaszkuláris események csökkentése vonatkozásában szignifikánsan eredményesebbek, mint a HCT tartalmú fix kombinációk.

A perindopril+amlodipin fix kombinációinak (Covercard®) kedvező klinikai tulajdonságai ezt a kombinációt a posztmenopauzában észlelt fokozott kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás elleni küzdelem hatékony fegyverévé teszi.

*Az összefoglalóban szereplő információk a szerző(k) nézeteit tükrözik.
Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.*

IRODALOM

1. MHT ajánlása. A hypertoniabetegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei. *Hypertonia és Nephrologia* 2009; 13 (S2): 81–168.
2. Julius S, et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet* 2004; 363: 2022–2031.
3. Bertrand ME, et al. Clinical synergy of perindopril and calcium-channel blocker in the prevention of cardiac events and mortality in patients with coronary artery disease. Post hoc analysis of the EUROPA study.
4. Dahlöf B, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.
5. Bahl VK, et al. (STRONG) Management of Hypertension with the Fixed Combination of Perindopril and Amlodipine in Daily Clinical Practice. *Am J Cardiovasc Drugs* 2009; 9 (3): 135–142.
6. Messerli FH, Bangalore S. Half a Century of Hydrochlorothiazide: Facts, Fads, Fiction and Follies. *Am J Medicine* 2011; 124: 896–899.
7. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al. (ACCOMPLISH) Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008; 359: 2417–2428.