

Vergleichstabelle Angiotensin II – Rezeptor Antagonisten (Sartane)

Erstellt: D. Koch Geprüft und freigegeben: K. Blum

	Irbesartan (Aprovel)	Losartan (Cosaar)	Candesartan (Atacand)	Valsartan (Diovan)	Telmisartan (Micardis)	Eprosartan (Teveten)	Olmesartan (Votum)	Azilsartan (Edarbi)
<b>Aktuell KSA-Artikel</b>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
<b>Darreichungsform</b>	Tabl. 150 / 300 mg	Tabl. 50 / 100 mg (nicht KSA: 12.5 mg)	Tabl. 8 / 16 mg (nicht KSA: 4mg / 32mg)	Tabl. 80 / 160 mg (nicht KSA: 40 mg)	Tabl. 40 / 80 mg	Tabl. 600 mg	Tabl. 10 / 20 / 40 mg	Tabl. 20 / 40 / 80 mg
Kombinationspräparate mit (nicht KSA-Liste):	Hydrochlorothiazid (HCT)	HCT	HCT	HCT; Amlodipin; Amlodipin + HCT; Sacubitril	HCT; Amlodipin	HCT	HCT; Amlodipin; HCT + Amlodipin	Chlortalidon
<b>Indikation [1]</b>	Alle Sartane sind zugelassen zur Behandlung der essentiellen Hypertonie. Die übrigen zugelassenen Indikationen sind aufgrund der vorhandenen Studien unterschiedlich.							
	Herzinsuffizienz			Risikoreduktion Myokardinfarkt und Schlaganfall bei erhöhtem kardiovaskulären Risiko und/oder Diabetes mellitus Typ II				
	Reduktion Strokerisiko bei Hypertonie mit linksventrikulärer Hypertrophie		Hypertonie bei Kinder ab 1 Jahr	Langzeitprophylaxe bei St. n. Myokardinfarkt verbunden mit einer LVEF ≤40%				
	Diabetische Nephropathie bei DM II mit Hypertonie			Hypertonie bei Kinder ab 6 Jahre				
<b>Kontraindikationen, Warnhinweise [1]</b>	Kontraindikation: Hereditäres Angioödem; anamnestisch angioneurotisches Ödem unter ACE-Hemmer oder Sartan; Kombination mit Aliskiren bei Diabetes mellitus oder bei GFR < 60 ml/min ; schwere Leberfunktionsstörung. Bei Patienten mit Cholestase oder obstruktiven Gallenwegserkrankungen sind Sartane nicht oder nur mit Vorsicht anzuwenden, da alle Sartane zu einem grossen Teil unverändert über die Galle ausgeschieden werden. Schwangerschaft: Kontraindiziert ab dem 2.Trimenon (Fötotoxisch), Umstellung auf andere Antihypertensiva im 1. Trimenon so bald als möglich; Stillzeit: aufgrund ungenügender Erfahrungen nicht empfohlen.							
				GFR < 10ml/min	Fructoseintoleranz	Nierenarterienstenose bilateral od. bei Einzelniere		
<b>Dosierung [1]</b>	<u>Initialdosis:</u> 150 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> Hypertonie: 150 - 300 mg; Nephropathie: 300 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 300 mg	<u>Initialdosis:</u> 50 mg; Herzinsuffizienz: 12.5 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> 50 - 100 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 100 mg; Herzinsuffizienz 150 mg (evtl in 2 Dosen bei ungenügender 24 h Wirkung [2])	<u>Initialdosis:</u> Hypertonie: 8 mg (16 mg [2]); Herzinsuffizienz 4 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> Hypertonie: 8 - 32 mg Herzinsuffizienz: 32 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 32 mg <u>Kinderdosierung:</u> siehe Fachinformation	<u>Initialdosis:</u> Myokardinfarkt 2 x 20 mg Herzinsuffizienz 2 x 40 mg Hypertonie 1 x 80 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> 2 x 160 mg Hypertonie: 1x80mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 2 x 160 mg (=320mg) Hypertonie: 1 x 160 mg (USA:320mg [2]) <u>Kinderdosierung:</u> s. Fachinfo	<u>Initialdosis:</u> 40 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> Hypertonie: 40 - 80 mg; Reduktion MI/ CV-Risiko: 80mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 80 mg	<u>Initialdosis:</u> 600 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> 600 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 600 mg	<u>Initialdosis:</u> 10 mg (20 mg [2]) <u>Erhaltungsdosis:</u> 20 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 40 mg	<u>Initialdosis:</u> 40 mg <u>Erhaltungsdosis:</u> 40 - 80 mg <u>Maximale Tagesdosis:</u> 80mg
<b>Dosisanpassungen [1]</b>	leichte bis mittelschwerer Leberinsuffizienz: max. 150 mg/d	Volumenmangel initial 25 mg/d; Dosisreduktion bei eingeschränkter Leberfunktion	GFR < 30 ml/min initial max 4 mg/d Leichte/mässige chron. Leberinsuffizienz: initial 4mg/d	Leberinsuffizienz: max. 80 mg/d	leichte bis mässige Leberinsuffizienz: max 40 mg/d	vorsichtig anwenden bei eingeschränkter Leber- und Nierenfunktion (GFR <30 ml/min)	mässige Leberinsuff.: Initial 10 mg, max. 20 mg/d	Leichte bis mässige Leberinsuffizienz; Alter > 74 J., Volumenmangel: 20 mg
<b>UAW [1, 2] (meist gut verträglich)</b>	Benommenheit, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Durchfall, Dyspepsie, Übelkeit, Tachykardie, obere Atemwegsinfektionen, muskuloskeletale Schmerzen/Muskelkrämpfe, Hyperkaliämie, S-Kreatinin ↑ Substanzspezifische: Olmesartan: Hypertriglyceridämie, -urikämie, HWI, Leberenzymerrhöhung, Ödeme, selten Sprue-ähnliche Enteropathien; Losartan: Schlaflosigkeit; Eprosartan: Ödeme, HWI; Azilsartan: Hyperurikämie							
<b>Interaktionen [1]</b>	Lithium: ↑Blutspiegel, Dauer: mehrere Wochen. Kalium, -sparende Diuretika: Erhöhung Serumkalium. NSAIDs / COX-2 Hemmer: Reduzierte BD-Senkung; Nierenfunktion ↓ (reversibel) bis zu Nierenversagen v.a. bei älteren Patienten, Flüssigkeitsmangel, Diuretikagabe -> Nierenfunktion überwachen. CYP2C9-Hemmer/Induktoren: ↑/↓ Serumspiegel Irbesartan, Losartan; klin. Bedeutung unklar; Blutdruck überwachen. <u>Duale Blockade des Renin-Angiotensin-System mit ACE-Hemmer oder Aliskiren (vgl. Kontraindikation):</u> Hypotonie, Hyperkaliämie, Nierenfunktionsstörungen bis -versagen häufiger als unter Monotherapie.							
<b>Metabolisierung %; durch</b>	< 20%; CYP2C9 [1]	≈ 14%; CYP2C9; CYP3A4 [1]; aktiver Metabolit für 24h-Wirkung verantwortlich [2,3]	gering; CYP2C9 [1]	≈ 20% , nicht bekannt [1]	≈ 11% [2], Glucuronidierung [1]	gering; Glucuronidierung [2]	keine	≈ 50% CYP2C9, Decarboxylierung [1]
<b>Renale Elimination</b>	≈ 20% [1]	≈ 35% [1]	≈ 33% [1]	≈ 13% [1]	0.49% [2]	≈ 7% [1]	35% - 50% [2]	42 %, davon 15% als Azilsartan [1]
<b>Elimination durch Fäces</b>	≈ 80% [1]	≈ 60% [1]	≈ 66% [1]	≈ 83% [1]	> 97% [2]	≈ 90% [1]	50% -65% [2]	55 % [1]
<b>Elim.-Halbwertszeit</b>	11 - 15 h [1]	≈ 2 h (Metabolit 6 - 9 h) [1]	≈ 9 h [1]	≈ 6 h [1]	≈ 24 h [2]	5 - 9 h [1]	10 - 15 h [1]	11 h [1]
<b>Äquivalenzdosen bezogen auf Blutdrucksenkung [3]</b>	150 mg	100 mg	16 mg	160 mg	40 mg	(600-800) mg [3]	20 mg	40 mg [2]
	<i>Äquivalenzdosen abgeleitet aus Vergleichsstudien zw. 2 oder mehreren Sartanen (Dosis für mittlere diastolische BD-Senkung von 8 - 10 mmHg im Sitzen). Ausnahme: Eprosartan, keine Vergleichsstudie</i>							