

FORTBILDUNG

Neue Blutdruckwerte

Die Hypertonie im Praxisalltag 2017

Die arterielle Hypertonie bleibt über all die Jahrzehnte ein spannendes Fortbildungsthema.

Die erste systolische BD-Messung nach RIVA-Rocci wurde im Jahre 1896 durchgeführt; 1905 dann durch Korotkoff mit Erfassung des diastolischen BD weiter entwickelt. Die Hypertonie ist die häufigste internistische Erkrankung, hat doch jeder dritte bis fünfte Erwachsene weltweit einen hohen Blutdruck. Bei den 70- bis 79-jährigen liegt die Prävalenz bei ca. 75%. Der hohe Blutdruck ist der bedeutendste und behandelbare kardiovaskuläre Risikofaktor und somit die grösste Gefahr für die Gesundheit. Trotz den berühmten neueren Studien wie SPRINT und HOPE-3 bleibt der Ziel-BD bis August 2017 bei $<140/90$ mmHg. Die Diskussion darüber geht aber weiter. Das Ziel ist die Vermeidung einer Schädigung der Endorgane: Herz-Gefässe, Hirn, Augen und Nieren. Auch bei über 80-jährigen und fitten Patienten gilt nach den ESC-Guidelines 2016 der gleiche Ziel-BD, sofern die Therapie gut toleriert wird (1). Die Deutsche Hochdruckliga (DHL) hat nun Ende September 2017 beschlossen, die Zielwerte der konventionellen BD-Messung bei nachfolgenden drei Patientengruppen auf $<135/85$ mmHg zu senken (Zielkorridor 125–134 mmHg) (2):

- 1) Patienten mit einer bestehenden kardiovaskulären Erkrankung; ausgenommen Schlaganfallpatienten – da in SPRINT nicht eingeschlossen und Patienten mit hohem kardiovaskulärem Gefässrisiko
- 2) Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz ab Stadium 3 ($\text{GFR} < 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$)
- 3) Patienten ≥ 75 Jahre

Für alle anderen bleibt nach der DHL der Zielwert von $<140/90$ mmHg bestehen. Bei den erwähnten 3 Gruppen brachte die BD-Senkung auf 130 mmHg eine Risikoreduktion von 25%. Sicher führt die BD-Senkung bei alten Patienten noch zu Diskussionen. Bei den 3 Gruppen soll der BD nicht unter 120/70 mmHg fallen. Nach einem grossen Register haben Hypertoniker mit einer koronaren Herzkrankheit bei einem BD $<120/70$ mmHg mehr kardiovaskuläre Nebenwirkungen (3). Bei einem diastolischen BD <70 mmHg ist die Koronardurchblutung bei einer signifikanten KHK gefährdet.

Regelmässige klinische und laborchemische Kontrollen sind aber notwendig. Die BD-Messungen sollen auch durch den Patienten selbst oder per ABDM (ambulante 24h-BD-Messung) durchgeführt werden. Bei den alten Patienten soll der BD auch stehend (nach 1 Min.) kontrolliert werden (2). Die anderen Hypertoniegesellschaften wie auch die ESC und die SGH haben sich der Meinung der DHL noch nicht angeschlossen. Wir werden so in naher Zukunft noch einiges zu den BD-Zielwerten hören.



Dr. med. Urs Dürst
Zollikon

In 6% der essentiellen Hypertoniepatienten findet man nach einer aktuellen Publikation einen primären Hyperaldosteronismus. Dabei liegt in 65% eine beidseitige Nebennierenhyperplasie vor. Der Schlüssel zur Diagnose ist der Gedanke an eine evt. seltene Hypokaliämie und einen pathologischen morgendlichen Aldosteron/Renin-Quotienten. Diese Patienten haben häufiger Endorganschäden wie eine linksventrikuläre Hypertrophie, eine Mikroalbuminurie und kardiovaskuläre Events (4).

Zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie muss man neben einer endokrinen Ursache auch an eine renale Genese und an eine Schlafapnoe denken. Bei letzteren fehlt das typische nächtliche Dipping in der 24h-BD-Messung. Der Stellenwert ABDM hat bei der Diagnose der Hypertonie in den letzten Jahren deutlich zugenommen, u.a. wegen Weisskittel- und maskierter Hypertonie. Der 24h-BD und die BD-Selbstkontrolle sollten im Praxisalltag vermehrt durchgeführt werden (2,5).

Bei der Behandlung der therapierefraktären Hypertonie (BD $>140/90$ mmHg trotz drei Antihypertensiva, darunter ein Diureticum) kann Spirolacton unter Beachtung einer evt. Niereninsuffizienz, regelmässigen Kaliumkontrollen und nach Ausschluss einer sekundären Hypertonie oft sehr erfolgreich eingesetzt werden. Die modernen Kombinationsmedikamente mit einem ACE-Hemmer oder einem ARB und einem Kalziumantagonisten und einem Diureticum sind in solchen Fällen sehr wertvoll und sollten im Alltag zur Verbesserung der Compliance bei hohen BD-Werten vermehrt eingesetzt werden.

Die drei sehr interessanten nachfolgenden Artikel beleuchten die wichtigen Themen des Abklärungsalgorithmus der Hypertonie, des erhöhten Blutdrucks bei ganz Jungen und die Malcompliance als wichtige Ursache der vermeintlichen Therapieresistenz.

Wir hoffen, dass diese Artikel den Umgang mit hypertonen Patienten im Praxisalltag erleichtern.

Herzlichst Ihr

▼ Dr. med. Urs Dürst, Zollikon

Literatur:

1. Management der arteriellen Hypertonie; J.A. Wermelt, H. Schunkert; Herz 2017; 42:515–26 und www.escardio.org/guidelines
2. Blutdruckmessung und Zielblutdruck; Stellungnahme der DHL; B.K. Krämer DMW 2017; 142 (19):1446-1447
3. Cardiovasculat event rates and mortality according to achieved systolic and diastolic blood pressure in patients with stable coronary artery disease. Vidal-Petiot et al; Lancet 2016; 388:2142-52
4. Prevalence and clinical manifestations of PA in patients with hypertension; S.Monticone et al; JACC 2017;69(14):1811-182
5. How should ambulatory blood pressure measurement be used in general practice? E. Dolan, E O'Brien: J Clin Hypertens. 2017;19:218-220