

Neue NICE-Leitlinie zum Bluthochdruckmanagement

In der neuen NICE-Leitlinie zum Management des Bluthochdrucks wird jetzt das ambulante Monitoring zur Bestätigung der Diagnose empfohlen. Diese Vorgehensweise verbessert die Genauigkeit der Diagnose im Vergleich zum konventionellen Verfahren. Die aktualisierte Fassung vereinfacht zudem die Auswahl der Medikamente und berücksichtigt den Nutzen der Blutdrucksenkung bei hochbetagten Hypertonikern.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Bluthochdruck ist eine der bedeutendsten vermeidbaren Todesursachen und eine der häufigsten Erkrankungen in der Primärversorgung Grossbritanniens. Hier sind mehr als ein Viertel aller Erwachsenen und über die Hälfte aller Personen über 65 Jahre davon betroffen.

Taryn Krause und weitere Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) haben ihre neuesten Empfehlungen zum Management des Bluthochdrucks in einem Übersichtsartikel im «British Medical Journal» zusammengefasst (1). Empfehlungen, die sich nicht von denen der älteren Versionen aus den Jahren 2004 und 2006 unterscheiden – wie Hinweise zum Lebensstil – sind nicht Bestandteil der aktualisierten Fassung.

Empfehlungen zur Diagnose

Wird in der Arztpraxis ein Blutdruck über 140/90 mmHg gemessen, sollte eine zweite Bestimmung durchgeführt werden

und zusätzlich eine dritte, wenn sich die beiden ersten Werte erheblich unterscheiden. Anschliessend wird der niedrigste der letzten beiden Messungen aufgezeichnet.

Ab einem Wert von 140/90 mmHg sollte die Diagnose mithilfe eines ambulanten Blutdruckmonitorings bestätigt werden. Diese Vorgehensweise verbessert die Genauigkeit der Diagnose im Vergleich zum konventionellen Vorgehen und hat sich zudem als kostenwirksam erwiesen.

Beim ambulanten Monitoring zur Bestätigung des Bluthochdrucks ist sicherzustellen, dass während der Wachzeiten des Patienten (z.B. von 8 bis 22 Uhr) mindestens zwei Messungen pro Stunde vorgenommen werden. Zur Bestätigung der Diagnose wird dann der Durchschnittswert von mindestens 14 Messungen herangezogen.

Kann das ambulante Monitoring bei einem Patienten nicht durchgeführt werden, ist das Monitoring durch wiederholte Messungen zu Hause eine geeignete Alternative zur Sicherstellung der Diagnose. Dazu sollten für jede Aufzeichnung eines Blutdruckwerts zwei aufeinanderfolgende Messungen mit mindestens einer Minute Abstand im Sitzen durchgeführt werden. Die Protokollierung des Blutdrucks erfolgt zweimal täglich, morgens und abends über einen Zeitraum von mindestens vier, idealerweise sieben Tagen. Abschliessend werden die Messungen des ersten Tages verworfen, und der Durchschnittswert der verbleibenden Messungen wird zur Bestätigung der Diagnose herangezogen.

Während der Monitoringphase zur Sicherstellung der Diagnose sollten eine Untersuchung des Patienten bezüglich Schädigungen der Zielorgane (wie linksventrikuläre Hypertrophie, chronische Nierenerkrankung und hypertensive Retinopathie) und eine Einschätzung des kardiovaskulären Risikos durchgeführt werden. Zur Ermittlung des kardiovaskulären Risikos können Risikoberechnungen wie der Framingham Risk Score und der kardiovaskuläre Risikoalgorithmus QRISK2 herangezogen werden.

Grenzwerte für die Intervention

Die NICE-Experten empfehlen, bei ausgeprägtem Bluthochdruck mit Werten ab 180/110 mmHg (in der Arztpraxis) sofort den Beginn einer antihypertensiven Therapie in Betracht zu ziehen, ohne die Ergebnisse des ambulanten oder des Heim-Monitorings abzuwarten. Empfehlungen zum Lebensstil sollten bei der ersten Diagnose und später regelmässig angeboten werden.

Bei Patienten unter 80 Jahren mit einem Bluthochdruck im Stadium 1 (Werte zwischen 135/85 mmHg und 150/95 mmHg ambulant oder zu Hause und Werte zwischen 140/90 mmHg

Merksätze

- ❖ Zur Bestätigung der Diagnose Hypertonie wird das ambulante Monitoring über den Tag als das genaueste Verfahren empfohlen.
- ❖ Hypertoniker unter 40 Jahren sollten nicht automatisch von einer antihypertensiven Behandlung ausgeschlossen werden.
- ❖ Auch Hypertoniker ab 80 Jahren profitieren von einer Blutdrucksenkung.

Tabelle:

Algorithmus zur medikamentösen Behandlung des Bluthochdrucks gemäss NICE

Stufe 1	A für Patienten unter 55 Jahren oder C* für Patienten ab 55 Jahren
Stufe 2	A + C*
Stufe 3	A + C + D
Stufe 4	Resistenter Bluthochdruck A + C + D + weiteres Diuretikum** (oder Alpha- oder Betablocker wenn diuretische Behandlung nicht vertragen wird, kontraindiziert oder wirkungslos ist) Hinzuziehung eines Spezialisten erwägen

A: ACE-Hemmer oder ARB. **C:** Kalziumkanalblocker. **D:** Thiazidähnliches Diuretikum
* Vorzugsweise Kalziumkanalblocker, aber thiazidähnliches Diuretikum bei Patienten mit Ödemen oder einem Risiko für Herzinsuffizienz in Betracht ziehen.
** Niedrig dosiertes Spironolacton oder höhere Dosis des thiazidähnlichen Diuretikums in Betracht ziehen.

und 160/100 mmHg in der Praxis gemessen) raten die Experten zu einer medikamentösen Therapie, wenn die Patienten zudem Organschädigungen, kardiovaskuläre Erkran-

kungen, Nierenerkrankungen, Diabetes oder ein kardiovaskuläres 10-Jahres-Risiko von 20 Prozent oder höher aufweisen. Bei einem Bluthochdruck im Stadium 2 (Werte ab 150/95 mmHg ambulant oder zu Hause und Werte ab 160/100 mmHg in der Praxis gemessen) sollten Patienten jeden Alters unabhängig von Organschädigungen, kardiovaskulären Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Diabetes oder einem kardiovaskulären 10-Jahres-Risiko von 20 Prozent oder höher eine medikamentöse Therapie erhalten.

Liegt bei Patienten unter 40 Jahren ein Bluthochdruck im ersten Stadium vor, ohne Organschädigungen, kardiovaskuläre Erkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes, ist eine Überweisung zum Spezialisten zur detaillierten Abklärung sekundärer Ursachen und einer genaueren Untersuchung bezüglich Organschädigungen in Betracht zu ziehen. Diese Vorgehensweise wird empfohlen, weil bei diesen jüngeren Personen die Einschätzung des kardiovaskulären 10-Jahres-Risikos im Hinblick auf das Lebenszeitrisko zu niedrig ausfallen kann.

Medikamentöse antihypertensive Therapie

Die medikamentöse antihypertensive Therapie erfolgt nach einem Algorithmus in vier Stufen (siehe *Tabelle*). Kann der Bluthochdruck durch die empfohlenen Massnahmen einer Stufe nicht gesenkt werden, sollte nochmals überprüft werden, ob die optimale Dosis oder die am besten verträgliche Dosis gewählt wurde, bevor zur nächsten Stufe gewechselt wird. Bei Patienten ab 80 Jahren empfehlen die Experten

unter Berücksichtigung der Komorbiditäten die gleiche Vorgehensweise wie bei Patienten zwischen 55 und 80 Jahren.

Stufe 1

Für Personen unter 55 Jahren ist ein ACE-Hemmer oder ein kostengünstiger Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) geeignet. Wird der ACE-Hemmer nicht vertragen, zum Beispiel wegen Husten, ist ein ARB die Alternative. ACE-Hemmer und ARB sollten nicht kombiniert werden. Zum einen ist dies nicht die effektivste Kombination zur Blutdrucksenkung, zum anderen kann es unter der Kombination zu mehr Nebenwirkungen ohne zusätzlichen klinischen Nutzen kommen. Bei Personen über 55 Jahre empfehlen die NICE-Experten einen Kalziumkanalblocker. Ist dieser nicht anwendbar, beispielsweise aufgrund von Ödemen, Unverträglichkeiten oder bei Anzeichen einer Herzinsuffizienz oder einem hohem Risiko dafür, kann ein thiazidähnliches Diuretikum angeboten werden.

Wird mit Diuretika begonnen oder die Therapie geändert, sollten thiazidähnliche Diuretika wie Chlorthalidon (Hygroton®, 12,5–25,0 mg/einmal täglich) oder Indapamid (Fludex® SR und Generika, 1,5 mg mit modifizierter Freisetzung einmal täglich oder 2,5 mg einmal täglich) den konventionellen Thiaziddiuretika wie Hydrochlorothiazid (Esidrex® und Generika) vorgezogen werden. Personen, die bereits Hydrochlorothiazid einnehmen und deren Blutdruck stabil und gut kontrolliert ist, sollten die Behandlung fortsetzen.

Stufe 2

Kalziumkanalblocker können in Verbindung mit einem ACE-Hemmer oder einem ARB angewendet werden. Kommen Kalziumkanalblocker nicht infrage, zum Beispiel wegen Ödemen, Unverträglichkeiten, Herzinsuffizienz oder einem entsprechenden Risiko, wird ein thiazidähnliches Diuretikum angeboten.

Stufe 3

Werden drei Medikamente benötigt, empfehlen die Autoren der NICE-Richtlinie einen ACE-Hemmer oder ein ARB in Kombination mit einem Kalziumkanalblocker und einem thiazidähnlichen Diuretikum.

Stufe 4: Resistenter Bluthochdruck

Bleibt der in der Praxis gemessene Blutdruck trotz optimaler oder der am besten verträglichen Dosis mit Medikamentenkombinationen der Stufe 3 über einem Wert von 140/90 mmHg, handelt es sich um einen resistenten Blutdruck. Dann sollte ein viertes Medikament erwogen und/oder zusätzlich der Rat eines Experten hinzugezogen werden.

Bei Blutkalziumkonzentrationen von 4,5 mmol/l oder niedriger raten die Experten dazu, eine weitere diuretische Behandlung mit niedrig dosiertem Spironolacton (Aldactone® und Generika, 25 mg einmal täglich) in Betracht zu ziehen. Besondere Vorsicht ist bei einer möglicherweise reduzierten glomerulären Filtrationsrate wegen des erhöhten Risikos für



eine Hypokaliämie geboten. Bei Kaliumkonzentration im Blut von mehr als 4,5 mmol/l sollte eine höhere Dosis des thiazidähnlichen Diuretikums erwogen werden.

Wenn die weitere diuretische Behandlung gegen resistenten Bluthochdruck der Stufe vier nicht vertragen wird, kontraindiziert ist oder nicht wirkt, raten die Experten zu einem Betablocker. Bleiben alle Massnahmen ohne Wirkung, sollte ein Experte hinzugezogen werden.

Behandlungskontrolle und Zielwerte

Zur Kontrolle des Ansprechens auf die antihypertensive Therapie mit Änderungen des Lebensstils oder Medikamenten empfehlen die Experten die Messung des Blutdrucks in der Praxis. Bei Patienten mit einem «Weisskitteleffekt» – bei einer Diskrepanz von mehr als 20/10 mmHg zwischen der Praxismessung und einem durchschnittlichen Tageswert der Ambulanzmessung oder dem Durchschnittswert der Selbstmessung zu Hause – können letztere Messverfahren zur Überprüfung des Behandlungserfolgs herangezogen werden. Bei Personen unter 80 Jahren sollte während der Behandlung ein in der Praxis gemessener Wert unter 140/90 mmHg, bei Personen über 80 Jahren ein Wert unter 150/90 mmHg angestrebt werden.

Kommentar

Für eine der wichtigsten Veränderungen im Vergleich zu den älteren Fassungen der NICE-Leitlinie hält Susan Mayor in ihrem Kommentar die Empfehlung zur Bestätigung der Diagnose ab Werten von 140/90 mmHg mithilfe des ambulanten Blutdruckmonitorings (2). «Diese Empfehlung wird das Verfahren der Bluthochdruckdiagnose nach mehr als einem Jahrhundert verändern. Dies wird auf der ganzen Welt übernommen werden und bedeutet, dass die Diagnose zukünftig exakter wird», zitiert sie Brian Williams von der Universität Leicester, den Vorsitzenden des NICE-Komitees.

Nach Prüfung der verfügbaren Evidenz gelangte die Leitlinienentwicklungsgruppe zu dem Schluss, dass eine Reihe von Messungen über den Tag einen besseren Prädiktor bezüglich Herzerkrankungen und Schlaganfall im Zusammenhang mit Bluthochdruck darstellt als Einzelmessungen in einer Praxis. «Wir müssen die Identifizierung eines persistierenden Bluthochdrucks verbessern anstatt die Risikoabschätzung anhand von Messungen zu einzelnen Zeitpunkten vorzunehmen», erklärt Brian Williams. Bis zu 25 Prozent der Patienten mit einem hohen Blutdruckwert in der Praxis haben anschliessend im ambulanten Monitoring normale Werte. Dieses Verfahren führt daher zu einer genaueren Diagnose und stellt sicher, dass die richtigen Patienten mit Antihypertensiva behandelt werden. Da in den meisten Allgemeinarztpraxen bis anhin keine Geräte für ein ambulantes Monitoring vorhanden sind, wird die aktualisierte Leitlinie zu grösseren Veränderungen in der Gesundheitsversorgung führen.

Die aktualisierten Empfehlungen vereinfachen auch die Auswahl der Medikamente und berücksichtigen zudem neue Studien, in denen der Nutzen der Blutdrucksenkung bei hochbetagten Hypertonikern nachgewiesen werden konnte. ❖

Petra Stöltzing

Quellen:

1. Krause Taryn, Lovibond Kate, Caulfield Mark et al.: Management of hypertension: summary of NICE guidance, BMJ 2011; 343: d4891 doi:10.1136/bmj.d4891
2. Mayor Susan: Hypertension diagnosis should be based on ambulatory blood pressure monitoring, NICE recommends, BMJ 2011; 343: d5421 doi:10.1136/bmj.d5421

Interessenkonflikte: Manche Mitglieder der Leitlinienentwicklungsgruppe haben in früheren Jahren Gelder von verschiedenen Pharmaunternehmen erhalten.