

Hoher Blutdruck: Was ist im Alter anders?

Diagnostik und Therapie der Hypertonie gemäss neuer ESC/ESH-Leitlinie 2018

Für eine effektive Behandlung von älteren Patienten mit Bluthochdruck ist vor allem ein strukturiertes Vorgehen wichtig: Die Blutdruckmessmethoden und -zielwerte müssen definiert und vorab immer eine «Pseudo»-Hypertonie ausgeschlossen werden. Die neue europäische Blutdruckleitlinie empfiehlt auch für fitte ältere Patienten mit zu hohen Blutdruckwerten eine medikamentöse Einstellung. Der Patient sollte die Behandlung aber stets gut vertragen mit dem Ziel, selbstständig bleiben.

Ute Hoffmann

Die europäischen Leitlinien der ESC (European Society of Cardiology)/ESH (European Society of Hypertension) zum Management der arteriellen Hypertonie von 2013 sahen Blutdruckzielwerte von $< 140/90$ mmHg für die meisten Patienten und unabhängig vom Alter vor (1). Grosse prospektive und randomisierte Studien sowie eine Reihe hochrangig publizierter Metaanalysen zu diesem Thema (2–8) haben jetzt zur Erstellung der «2018 ESC/ESH-Leitlinien zum Management der arteriellen Hypertonie» mit teils strengeren Empfehlungen auch für ältere Menschen geführt (Tabelle 1) (9).

Neue Behandlungsziele bei Älteren

Die Verringerung des funktionellen Abbaus und der funktionellen Beeinträchtigung sowie der Erhalt der Selbstständigkeit und eine gute Lebensqualität stehen für die meisten

MERKSÄTZE

- ▶ Der funktionelle Status des älteren Patienten, seine Selbstständigkeit und die Therapieverträglichkeit wurden in den neuen ESC/ESH-Leitlinien 2018 stärker berücksichtigt.
- ▶ Vor einer blutdrucksenkenden Therapie müssen reversible Gründe von hypertensiven Entgleisungen (z.B. «Weisskittelhypertonie») ausgeschlossen werden.
- ▶ Als medikamentöse Initialtherapie wird bei Patienten höheren Alters generell eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmer oder Angiotensinrezeptorblocker und Kalziumantagonist oder Thiaziddiuretikum empfohlen, idealerweise als «single pill». Patienten mit akuten Erkrankungen sollten ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker und Diuretika pausieren.
- ▶ Bei sehr hochbetagten, multimorbiden und/oder gebrechlichen Patienten ist weiterhin eine sehr individuelle Betrachtung gefordert.

Kasuistik

Ein 83-jähriger Patient wird bei Z. nach Kollaps mit Sturz, der sich beim Einkaufen ereignete, in die Notaufnahme gebracht. Wegen Praxisblutdruckwerten von wiederholt $> 150/90$ mmHg wurde zwei Wochen zuvor eine Therapie mit Ramipril 5 mg und Hydrochlorothiazid (HCT) 12,5 mg 1-mal täglich begonnen. Im Spital fallen ein Blutdruck von 95/55 mmHg, eine Exsikkose sowie ein akutes Nierenversagen auf. Anamnestisch zeigte sich, dass der Patient in den letzten Tagen Durchfall hatte.

Was war passiert? Durch die Diarrhö und das HCT kam es zur Exsikkose sowie zur Hypotonie. Ramipril führte zusätzlich zur Verringerung des Filtrationsdrucks in den Nieren und dadurch zur Abnahme der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR).

Das Fazit: Regelmässige häusliche Selbstmessungen sind unbedingt zu empfehlen, gerade wenn akute Erkrankungen auftreten. Wegen der Diarrhö hätte der Patient den ACE-Hemmer und das Diuretikum auf jeden Fall pausieren müssen.

hochbetagten Menschen im Vordergrund. Die Nebenwirkungen der antihypertensiven Therapie wie schlechtere mentale Funktionen, orthostatische Hypotension und Schwindel können die Lebensqualität erheblich einschränken, ebenso wie häufige ärztliche Kontrollen bei Elektrolytentgleisungen oder Nierenfunktionsverschlechterungen. Der funktionelle Status des älteren Patienten, seine Selbstständigkeit und die Therapieverträglichkeit wurden in den neuen Leitlinien 2018 deshalb stärker berücksichtigt.

Achtung: «Pseudo»-Hypertonie gerade bei älteren Menschen!

Bevor wir an eine blutdrucksenkende Therapie denken und uns mit Zielwerten befassen, müssen wir reversible Gründe von hypertensiven Entgleisungen ausschliessen. Dazu zählen

Tabelle 1:

Empfehlungen der aktuellen europäischen ESC/ESH-Leitlinien 2018 (9)

Patientengruppen	Zielwerte und Therapieempfehlungen
Patienten ≥ 65 Jahre unter antihypertensiver Therapie	Zielwerte: RR syst. 130 bis 139 mmHg, RR diast. < 80 mmHg Vermeiden: RR syst. < 130 mmHg und RR diast. < 70 mmHg
Fitte ältere Patienten > 65 Jahre (auch bei > 80 Jahre) mit RR syst. ≥ 160 mmHg und/oder RR diast. ≥ 90 mmHg	Antihypertensive medikamentöse Therapie und Lebensstiländerungen
Fitte ältere Personen (> 65 Jahre, aber nicht > 80 Jahre) mit RR syst. 140–159 mmHg und/oder RR diast. ≥ 90 mmHg	Antihypertensive medikamentöse Therapie und Lebensstiländerungen, vorausgesetzt, dass die Therapie vertragen wird.
Gebrechliche ältere Patienten	Antihypertensive Therapie in Erwägung ziehen, wenn sie gut vertragen wird.
Alle älteren Patienten, auch ≥ 80 Jahre alt	Kein Absetzen einer antihypertensiven medikamentösen Therapie aufgrund eines bestimmten Alters, wenn die Therapie gut vertragen wird.

Aufregung, Angst oder Schmerzen, die bei älteren Menschen viel häufiger auftreten als bei jüngeren. Fast drei Viertel der Patienten höheren Alters haben in der Praxis einen deutlich höheren Blutdruck als zu Hause («Weisskittelhypertonie») (10). Ältere Menschen nehmen in der Regel auch eine höhere Anzahl an Medikamenten ein, die zu einem erhöhten Blutdruck führen können, zum Beispiel nicht steroidale Antiphlogistika, Kortikosteroide, Antidepressiva (Venlafaxin, Bupropion) oder Erkältungsmittel (Pseudoephedrin, Phenylephrin) (11).

Neue Empfehlungen zur standardisierten Blutdruckmessung

Bei der Definition von Zielwerten für unsere älteren Patienten müssen wir ihnen zunächst eine Blutdruckmessmethode vorgeben oder bei der Praxismessung selbst einhalten.

Unabhängig vom Alter empfehlen die neuen ESC/ESH-Leitlinien, die Blutdruckmessung so durchzuführen (9):

- ▲ im Sitzen in ruhiger Umgebung nach 5 min Ruhe
- ▲ jedes Mal 3 Messungen mit jeweils 1–2 min Abstand
- ▲ weitere Messungen, wenn die Ergebnisse der ersten beiden Messungen um > 10 mmHg voneinander abweichen
- ▲ Bildung des Mittelwerts aus den letzten beiden Messungen
- ▲ bei der ersten Untersuchung: Blutdruckmessung immer an beiden Armen
- ▲ bei den Folgemessungen: am Arm mit dem initial höheren Wert
- ▲ bei älteren Menschen zusätzlich eine Messung im Stehen, 1 min und 3 min nach dem Aufstehen aus liegender Position (um eine orthostatische Hypotonie auszuschliessen).

Für ältere Menschen kann es wegen eines funktionellen Defizits umständlich sein, am entkleideten Arm zu messen. Dies ist aber ausdrücklich zu empfehlen, da über der Kleidung angelegte Messmanschetten zu falsch hohen Fehlmessungen mit der Gefahr einer Überbehandlung führen können (12).

Bei betagteren Personen ist zudem beim Blutdruckmessgerät auf ein gut lesbares Display mit grossem Schriftbild und eventueller Beleuchtung zu achten.

Gerade bei älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen ist es wichtig, dass sie die ermittelten Werte sofort dokumentieren und diese dem behandelnden Arzt bei der nächsten Konsultation vorlegen. Alternativ eignen sich Messgeräte mit Speicherfunktion. Die Blutdruckmessung können auch Angehörige vornehmen, deren Kontrollen sogar mit einer ambulanten 24-h-Blutdruckmessung vergleichbar sind (13). Eine 24-h-Blutdruckmessung ist vor Therapiebeginn oder unter antihypertensiver Therapie und bei Verdacht auf eine Weisskittelhypertonie oder orthostatische Synkopen sowie bei rezidivierendem Schwindel sinnvoll.

Ältere mit Frailty: Blutdruckziele und Therapieempfehlungen

Die meisten Studien schliessen bestimmte Personengruppen aus: Patienten mit unbeabsichtigter Gewichtsabnahme, erniedrigtem Body-Mass-Index, verminderter kognitiver Leistung, eingeschränkter Mobilität und positiver Sturzanamnese, einem Risiko für eine orthostatische Hypotonie oder solche, die in Pflegeeinrichtungen wohnen (5, 7, 8). Auch bei der SPRINT-Studie hätten von allen älteren Menschen ≥ 75 Jahre mit Hypertonie nur 64 Prozent die Einschlusskriterien erfüllt (14). Bei sehr hochbetagten, multimorbiden und/oder gebrechlichen Patienten ist deshalb weiterhin eine sehr individuelle Betrachtung gefordert.

Strategie bei unkomplizierter Hypertonie älterer Menschen

Bei älteren Patienten machen, wie bei jüngeren, eine Salzrestriktion, verringerter Alkoholkonsum, ein erhöhter Verzehr von Obst und Gemüse, eine Gewichtsreduktion bei Übergewicht und regelmässige körperliche Aktivität viel aus. Als medikamentöse Initialtherapie wird bei Patienten höheren

Alters generell eine Kombinationstherapie aus ACE-(angiotensin-converting enzyme) Hemmer oder Angiotensinrezeptorblocker und Kalziumantagonist (Dihydropyridin) oder Thiaziddiuretikum empfohlen, idealerweise in einer «single pill». Die Medikation sollte mit den jeweils geringsten verfügbaren Dosen beginnen. Bei älteren (≥ 80 Jahre) oder gebrechlichen Patienten mit Grad-1-Hypertonie kann auch eine initiale Monotherapie erwogen werden. Beta- und Alphablocker sowie Schleifendiuretika sollte der Arzt nur noch bei spezifischen Indikationen berücksichtigen.

Niedrigerer Blutdruck

Klinische (Untersuchung des Volumenstatus, Blutdruckmessungen) und laborchemische Kontrollen (Kreatinin, Kalium, Natrium) sollten regelmässig erfolgen (15). Ältere Menschen sind durch antihypertensive Medikation vor allem dann gefährdet, wenn eine akute Erkrankung wie eine Infektion und/oder eine Exsikkose auftreten. Bei weiterer Einnahme der Antihypertensiva ist hier das Risiko für eine orthostatische Hypotonie sowie für eine Nierenfunktionsverschlechterung erhöht (8). Patienten mit akuten Erkrankungen sollten deshalb vor allem ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Rezeptor-Subtyp-1-(AT1-Rezeptor)-Blocker und Diuretika pausieren. Bei Verdacht auf eine orthostatische Hypotonie oder hypotone Episoden sollte der Arzt eine 24-h-Blutdrucklangzeitmessung (ambulatory blood pressure monitoring, ABPM) vornehmen.

Blutdruckmedikation bei Älteren nach Spitalaufenthalt

Während eines stationären Aufenthalts wird oft die Blutdruckmedikation verändert. Dies kann im Rahmen einer Exsikkose, einer Blutung oder einer Infektion mit einer Reduktion der antihypertensiven Medikamente erfolgen – zum Beispiel bei hydropischer Dekompensation, Schmerzsyndromen oder bei Aufregung beziehungsweise Angst. Die Dosis der Antihypertensiva kann im Spital für bestimmte Patienten auch höhergesetzt werden. Im häuslichen Umfeld muss deshalb nach einigen Tagen wieder eine Anpassung der Blutdruckmedikation durch den Arzt erfolgen. Die Patienten werden hier angehalten, den Blutdruck täglich zu messen, zu dokumentieren und die Ergebnisse beim nächsten ambulanten Arztbesuch mitzubringen. ▲

Prof. Dr. med. Ute Hoffmann
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie/
Nephrologie, Angiologie, Diabetologie, Endokrinologie
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
D-93049 Regensburg

Interessenlage: Die Autorin hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 5/2019. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.

Literatur:

1. Mancia G et al.: 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31(7): 1281-1357.
2. Bavishi C et al.: Outcomes of intensive blood pressure lowering in older hypertensive patients. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69(5): 486-493.
3. Bundy JD et al.: Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol* 2017; 2(7): 775-781.
4. Ettehad D et al.: Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 387(10022): 957-967.
5. Saiz LC et al.: Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 10: CD010315.
6. Xie X et al.: Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 387(10017): 435-443.
7. Brunstrom M, Carlberg B: Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178(1): 28-36.
8. Williamson JD et al.: Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315(24): 2673-2682.
9. Williams B et al.: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; 39(33): 3021-3104.
10. Tanner RM et al.: White-coat effect among older adults: data from the Jackson Heart Study. *J Clin Hypertens* 2016; 18(2): 139-145.
11. Turgut F et al.: Hypertension in the elderly: unique challenges and management. *Clin Geriatr Med* 2013; 29(3): 593-609.
12. Ozone S et al.: Blood pressure measurements over thin and thick sleeves in the frail elderly. *Blood Press Monit* 2018; 23(1): 9-11.
13. Plichart M et al.: Home blood pressure measurement in elderly patients with cognitive impairment: comparison of agreement between relative-measured blood pressure and automated blood pressure measurement. *Blood Press Monit* 2013; 18(4): 208-214.
14. Bress AP et al.: Generalizability of SPRINT results to the U.S. adult population. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67(5): 463-472.
15. Krämer BK et al.: Blutdruckmessung und Zielblutdruck. Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®/Deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142(19): 1446-1447.