

Hypertonie

5 Gründe, einen erhöhten Blutdruck zu senken

Bluthochdruck beschleunigt die Entwicklung einer Demenz, leistet Hirnschlägen Vorschub, erhöht das kardiovaskuläre Risiko, kommt selten allein vor und zu guter Letzt: Hypertonie kann man behandeln. Warum eine konsequente Blutdrucksenkung so wichtig ist, wie sie praktikabel ist und welche Argumente die Patienten überzeugen können, war am virtuellen Jahreskongress der Swiss Society of Cardiology von verschiedenen Experten zu erfahren.

Gemäss den derzeitigen Guidelines der European Society of Cardiology (ESC) soll ein erhöhter Blutdruck auf die entsprechenden Zielwerte gesenkt werden (1), um das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse zu reduzieren. So bekannt und belegt die Vorteile auch sein mögen, auf die Compliance konnte sich das nicht niederschlagen. Viele Patienten in der Sekundärprävention erreichen ihre Zielwerte nicht. Das liegt nicht nur am Unwillen der Patienten, sondern auch an der Tatsache, dass die Hypertonietherapie meist aus mehreren Präparaten besteht und die Patienten zu viele Pillen schlucken müssen. Umso wichtiger sei es, die Therapie mit dem Einsatz von Kombinationspräparaten zu vereinfachen, betont Prof. Thomas Dieterle, Kardiologe in der Klinik Arlesheim. Er empfiehlt daher, Kombinationspräparate anstelle von Einzelpräparaten zu verwenden. Das verbessert einerseits die Adhärenz und ermöglicht damit andererseits, das kardiovaskuläre Risiko zu senken.

Bei komorbiden Patienten

Häufig haben Patienten mit Hypertonie noch andere kardiovaskuläre Risikofaktoren, wie beispielsweise eine Dyslipidämie. Die anzustrebenden LDL-C-Werte orientieren sich am kardiovaskulären Risiko gemäss AGLA-Score (2) und liegen bei $< 3,0$ mmol/l bei tiefem Risiko, $< 2,6$ mmol/l bei moderatem Risiko, $< 1,8$ mmol/l oder Halbierung des Ausgangswerts bei hohem Risiko und $< 1,4$ mmol/l oder Halbierung des Ausgangswerts (2). Die gleichzeitige Senkung beider Parameter, Hypertonie und Dyslipidämie, könne beispielsweise mit einer Dreifachkombination, bestehend aus einem Lipidsenker, einem ACE-Hemmer und einem Kalziumantagonisten (Atorvastatin + Perindopril + Amlodipin), das Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen effizient vermeiden (3), so Dieterle. Diabetes mellitus und Hypertonie gehören mitunter zu den häufigsten Erkrankungen und kardiovaskulären Risikofaktoren und nehmen mit steigendem Alter zu (4, 5). Diese Kombination erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Niereninsuffizienz um das 2- bis 4-Fache, verglichen mit normotensiven und nicht diabetischen Personen (6). Bei diesen Patienten sollte der Blutdruck gemäss den ESC-Guidelines auf $\leq 130/80$ mmHg gesenkt werden, jedoch nicht auf < 120 mmHg. Bei Patienten > 65 Jahre ist ein Blutdruck von 130 bis 139/80 mmHg anzustreben (1) (Tabelle).

Gemäss den neuen Guidelines (2020) der International Society of Hypertension (7) soll die Therapie bei Hypertoniepatienten mit Diabetes drei Komponenten enthalten:

- ▲ eine Hypertonietherapie, bestehend aus einem Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems und/oder einem Kalziumantagonisten beziehungsweise einem Thiaziddiuretikum
- ▲ ein Statin zur Senkung der LDL-C-Werte $< 1,8$ mmol/l bei vorhandenen diabetesbedingten Organschäden und $< 2,6$ mmol/l bei unkompliziertem Diabetes
- ▲ eine blutzuckersenkende Therapie.

Antihypertonika zur Demenzprävention?

Mit einer Hypertonietherapie lässt sich aber nicht nur kardiovaskulären Risiken vorbeugen. Longitudinalstudien legen einen Zusammenhang zwischen Hypertonie und Demenz nahe: Eine davon habe gezeigt, dass selbstständig lebende Senioren im Alter von 70 Jahren, die 15 Jahre später unter einer Demenz gelitten hätten, zu Beobachtungsbeginn einen signifikant höheren Blutdruck aufgewiesen hätten als jene, bei denen damals ein weniger hoher Blutdruck im Alter gemessen worden sei (9), erklärte Prof. Andreas Schönenberger, Chefarzt Medizinische Klinik, Kantonsspital Münsterlingen. Eine andere Longitudinalstudie, die 32 Jahre lief, fand, dass eine Hypertonie im mittleren und späteren Alter einen Risikofaktor für eine spätere vaskuläre Demenz, nicht aber für eine Alzheimer-Demenz darstellt (10). Eine Metaanalyse über 209 Studien zeigte schliesslich, dass eine Hypertonie in mittleren Jahren ein Risikofaktor für eine spätere Demenzentwicklung ist, nicht aber für die Hypertonie in höherem Alter (11).

Kann demnach eine antihypertensive Therapie im Umkehrschluss einer Demenz vorbeugen? Verschiedene Studien lassen das vermuten: Mit einer Blutdrucksenkung über 8 Jahre sank in der Syst-EUR-Studie das relative Risiko für eine Demenzentwicklung bei zuvor nicht dementen, damals > 60 -jährigen hypertonen Patienten um 55 Prozent (12). Auch in der HYVET-Studie mit > 80 -jährigen, nicht dementen Patienten zeigte sich nach 5 Jahren Hypertonietherapie ein Trend zu einer tieferen Demenzinzidenz im Vergleich zur Placebogruppe (13). Und in der erst vor 2 Jahren publizierten Analyse der SPRINT-Studie reduzierte die intensive Hyper-

Tabelle:

Praxisblutdruck-Zielbereiche für die Hypertoniebehandlung

Altersgruppe	Praxis-SBP-Behandlungszielbereiche (mmHg)					Praxis-DBP-Behandlungszielbereiche (mmHg)
	Hypertonie	+ Diabetes	+ CKD	+ KHK	+ Schlaganfall ^a / TIA	
18–65 Jahre	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen nicht < 120	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen nicht < 120	zielen auf < 140 bis 130 wenn vertragen	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen nicht < 120	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen nicht < 120	70–79
65–79 Jahre ^b	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	70–79
≥ 80 Jahre ^b	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	zielen auf < 130 bis 139 wenn vertragen	70–79
Praxis-DBP-Behandlungszielbereich (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79	

CKD = chronische Nierenerkrankung (schliesst diabetische und nicht diabetische CKD ein)

^a Bezieht sich auf Patienten mit vorherigem Schlaganfall, aber nicht auf BP-Zielwerte unmittelbar nach akutem Schlaganfall.^b Behandlungsentscheidungen und BP-Zielwerte müssen bei älteren Patienten, die gebrechlich und hilfsbedürftig sind, ggf. modifiziert werden.

Quelle: modifiziert nach (1)

tonietherapie im Vergleich zu einer Standardtherapie die Inzidenz von MCI (mild cognitive impairment) und Demenz signifikant (14). Bei Patienten, die jedoch bereits vaskuläre Schäden aufwiesen, könne sich die Kognition bei einer Blutdrucksenkung allerdings verschlechtern, schränkte Schönenberger ein. Zur Demenzprävention bei einer Hypertonie im mittleren Alter lohnt sich eine Hypertonietherapie gemäss der aktuellen Evidenzlage insgesamt aber.

Hirnschlag vermeiden

Als Folge einer Hypertonie können auch Hirnschläge auftreten. Solche ereignen sich in der Schweiz über 16000-mal im Jahr, die Inzidenz steigt mit dem Alter. Während hämorrhagische Insulte eine direkte Folge von Hypertonie sind, können ischämische Hirnschläge über eine Erkrankung der kleinen Gefässe durch Hypertonie ausgelöst werden, erklärte Prof. Nils Peters, Neurologie/Stroke Center, Hirslanden Zürich, und Neurologie/Rehabilitation Felix Platter, Universitätsspital Basel.

Einem Hirnschlag vorzubeugen, lohnt sich demnach, denn er ist die häufigste Ursache für Behinderung und die zweithäufigste für Demenz, und die Mortalität ist hoch. Unter den Risikofaktoren für Hirnschlag wiegt Hypertonie am schwersten (2- bis 6-fach). Eine Hypertoniebehandlung senke dieses Risiko markant, wie viele Studien mit Antihypertonika in der Vergangenheit gezeigt hätten, so Peters.

Mit diesen Argumenten könnte die Motivation für eine gute Adhärenz der Patienten vielleicht etwas gesteigert werden. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Update in antilipidemic prevention and risk factors», Jahreskongress der Swiss Society of Cardiology, 9. bis 11. Juni 2021, virtuell.

Referenzen:

- Williams B et al.: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-3104.
- Arbeitsgemeinschaft Lipide und Atherosklerose (AGLA): Prävention der Atherosklerose 2020 – Fokus Dyslipidämie. www.agla.ch.
- Bertrand ME et al.: Triple Combination Therapy for Global Cardiovascular Risk: Atorvastatin, Perindopril, and Amlodipine. Am J Cardiovasc Drugs. 2016;16(4):241-253.
- de Boer IH et al.: Diabetes and Hypertension: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017;40(9):1273-1284.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC): Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet. 2017;389(10064):37-55.
- Ferrannini E et al.: Diabetes and hypertension: the bad companions. Lancet. 2012;380(9841):601-610.
- Unger T et al.: 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334-1357.
- Ou YN et al.: Blood Pressure and Risks of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 209 Prospective Studies. Hypertension. 2020;76(1):217-225.
- Skoog I et al.: 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. Lancet. 1996;347(9009):1141-1145.
- Ninomiya T et al.: Midlife and late-life blood pressure and dementia in Japanese elderly: the Hisayama study. Hypertension. 2011;58(1):22-28.
- Ou YN et al.: Blood Pressure and Risks of Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of 209 Prospective Studies. Hypertension. 2020;76(1):217-225.
- Forette F et al.: The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study (published correction appears in Arch Intern Med. 2003 Jan 27;163[2]:241.). Arch Intern Med. 2002;162(18):2046-2052.
- Peters R et al.: Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial. Lancet Neurol. 2008;7(8):683-689.
- SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group; Williamson JD et al.: Effect of Intensive vs Standard Blood Pressure Control on Probable Dementia: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019;321(6):553-561.