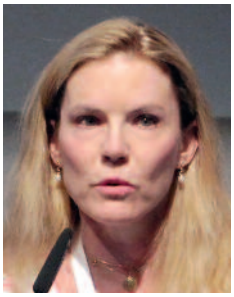
Management der Hypertonie

Neue Guidelines – Amerika versus Europa

Hypertonie sei einer der Hauptfaktoren für eine verfrühte Morbidität und Mortalität, mehr noch als Tabakrauchen und Adipositas, erklärt Prof. Antoinette Pechère-Bertschi, Unité et Centre d'Hypertension, Hôpitaux Universitaires Genève, am SGAIM in Basel. Aufgrund von neuen Studienergebnissen und der Tatsache, dass viele Patienten ihre Zielwerte nicht erreichen, haben die amerikanischen und europäischen Fachgesellschaften ihre Guidelines angepasst. Die Empfehlungen sind jedoch höchst unterschiedlich ausgefallen.

Foto: vh



Prof. Antoinette Pechère

Im Jahr 2015 schätzte man weltweit über 1,6 Milliarden Hypertoniepatienten und über 10 Millionen Todesfälle in diesem Zusammenhang. Eine Behandlung ist nur selten wirksam: Weniger als die Hälfte der Behandelten erreichen einen Zielwert von unter 140/90 mmHg (1, 2). Grund genug für die Fachgesellschaften, ihre Guidelines anzupassen. Die neuen amerikanischen Guidelines des American College of Cardiology und der American Heart Association kamen im Jahr 2017 heraus. Weitreichendste Neuerung war die Herabsetzung der Hypertoniegrenzwerte von > 140/90 mmHg auf > 130 bis 139 mmHg systolisch beziehungsweise auf 80 bis 89 mmHg diastolisch (3), wie Pechère berichtet. Das erhöht die Prävalenz der Hypertonie in Amerika mit einem Schlag von 39 auf 48 Prozent, und die trotz Behandlung Unkontrollierten nehmen von 39 auf 53 Prozent zu. Das bedeutet auch, dass 4,2 Millionen Amerikaner zusätzlich Antihypertensiva brauchen und 29 Millionen ihre Therapie intensivieren müssen (4, 5).

Europa versus Amerika

Inzwischen ist auch die europäische Guideline der European Society of Hypertension an deren Jahreskongress in Barcelona präsentiert worden und wird in Kürze publiziert. Sie hat den Hypertoniegrenzwert auf > 140/90 mmHg belassen *(Tabelle 1)* und ist den Amerikanern nicht gefolgt.

Wo aber liegt die Wahrheit? Ein optimaler Blutdruck soll kardiovaskulären Ereignissen keinen Vorschub leisten. Bis 2013, bei Erstellen der letzten Guidelines, war man sich in den USA und Europa aufgrund der Studien einig, dass ein Blutdruck unter 140/90 mmHg liegen sollte. Doch seither gab es neue Studienergebnisse, die zu unterschiedlichen Bewertungen geführt haben. Aus europäischer Sicht gibt es keine Studie, die einen Vorteil für kardiovaskuläre Ereignisse bei Werten unter 130 mmHg zeigte, mit Ausnahme der amerikanischen SPRINT-Studie, an der sich jedoch die Geister scheiden. Auf die neuen amerikanischen Guidelines hatte diese Studie grossen Einfluss, nicht aber auf die europäischen. An der umstrittenen Studie nahmen über 9000 kardiovaskuläre Hochrisikopatienten ohne Diabetes, Hirnschlaganamnese oder einer glomerulären Filtrationsrate < 20 ml/min/1,73 m^2 teil. Es wurden zwei systolische Zielwerte verfolgt: < 120 mmHg und < 140 mmHg. Erreicht wurden in der Intensivtherapiegruppe durchschnittlich 121 mmHg, mit der Standardbehandlung 136 mmHg. Die Studie wurde vorzeitig gestoppt, weil im unteren Zielwertarm das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und kardiovaskuläre Mortalität wesentlich tiefer ausfiel (7). Hauptkritikpunkt aus europäischer Sicht ist die dabei angewendete Methode der Blutdruckmessung. In dieser Studie fand die automatische Blutdruckmessung unbeaufsichtigt in einem separaten Raum statt. So erhobene Messwerte sind in der Regel noch tiefer als die vom Patienten zu Hause gemessenen Werte (–10/–4 mmHg) (8) und mit jenen von anderen Studien erst nach entsprechender Umrechnung vergleichbar. Weitere Kritik betrifft die Auswahl der Patienten: Nur 36 Prozent von ihnen waren weiblich, was eine Verallgemeinerung der Resultate hinsichtlich der Gesamtbevölkerung verunmöglicht, so Pechère.

Management der Hypertonie

Gemäss den europäischen Guidelines bleibt der Hypertoniegrenzwert also bei 140/90 mmHg (6), was auch den Grenzwerten der Schweizerischen Hypertoniegesellschaft (SHG) entspricht (9).

Die Therapie kann mit Hemmern des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS), Kalziumantagonisten oder Diuretika erfolgen. Kombinationspräparate erhöhen dabei die Wirksamkeit sowie die Adhärenz und haben aufgrund der tieferen Einzeldosierungen weniger Nebenwirkungen, so Pechère. Das wurde auch in die neuen europäischen Guidelines aufgenommen. Eine Hypertonie soll in der Regel von Beginn an mit einer Zweierkombination in einer Pille aus ACE-Hemmer oder Angiotensinrezeptorhemmer (ARB) plus Kalziumantagonist (CCB) oder Diuretikum erfolgen. Reicht das nicht aus, kann eine Dreierkombination (ACE-Hemmer

Tabelle 1:
Blutdruckgrenzwerte USA/Europa (3, 6)

Kategorie	systolisch mmHg		diastolisch mmHg
USA 2017 (3)			
normal	< 120	und	< 80
erhöht	< 120–129	und	< 80
Hypertonie Stadium 1	130–139	oder	80–89
Hypertonie Stadium 2	≥ 140	oder	≥ 90
Europa 2018 (6)			
optimal	< 120	und	< 80
normal	< 120–129	und	< 80–84
hochnormal	130–139	und/oder	85–89
Hochdruck 1	140–159	und/oder	90–99
Hochdruck 2	160–179	und/oder	90–99
Hochdruck 3	≥ 180	und/oder	≥ 110
isolierte systolische Hypertonie	≥ 140	und	< 90
Zielblutdrücke			
Zielblutdruck < 65-Jährige	120–130		70–80
Zielblutdruck > 65-Jährige	130–140		70–80
Zielblutdruck ≥ 80-Jährige	130–140		70–80
Zielblutdruck Diabetes	≤ 130, falls toleriert		70–80
Zielblutdruck KHK	≤ 130		70–80
Zielblutdruck CKD	130–140		70–80
Zielblutdruck mit Hirnschlag- oder TIA-Anamnese	120–130		70–80

Tabelle 2:
Wahl der Antihypertensiva bei Komorbiditäten

Erkrankung	Bevorzugte Antihypertensivumklasse
KHK	Betablocker, RAAS-Hemmer, CCB
Herzinsuffizienz (HFrEF)	RAAS-Hemmer, Diuretika, Betablocker, Spironolacton
Asthma, COPD	keine Betablocker
Dyslipidämie, Glukoseintoleranz	RAAS-Hemmer, CCB
Proteinurie, Mikroalbuminurie	RAAS-Hemmer
Diabetes	RAAS-Hemmer, CCB, Betablocker
Schwangerschaft	Methyldopa, Labetalol, Betablocker, CCB, evtl. Diuretika, keine RAAS-Hemmer
hyperkinetischer Status, Tremor, Migräne	Betablocker

Quelle: mod. nach A. Pechère, SGAIM 2018

oder ARB + CCB + Diuretikum) verordnet werden. Ist die Blutdruckkontrolle damit noch nicht genügend, können Spironolacton, andere Diuretika oder Alpha- oder Betablocker dazugefügt werden (6). Betablocker sollten generell nur bei spezieller Indikation angewendet werden wie Herzinsuffizienz, nach Herzinfarkt, Angina pectoris, Vorhofflimmern oder bei jungen Frauen, die eine Schwangerschaft planen (6). Mit einer Zweierkombination lässt sich bei 70 Prozent der Hypertoniker der Blutdruck kontrollieren, mit einer Dreierkombination sogar bei 80 Prozent (9). Die Therapie mit einer Dreierkombination zu beginnen, empfiehlt Pechère jedoch nicht.

Als weitere Massnahme im Dienst der Adhärenz empfehlen die Guidelines, einen neu eingestellten Patienten innerhalb der ersten 2 Monate mindestens einmal nachzukontrollieren. Eine antihypertensive Therapie müsste den Blutdruck innerhalb von 1 bis 2 Wochen zu senken beginnen. Weitere Nachkontrollen sollten nach 3 und 6 Monaten stattfinden. Untersuchungen zu Risikofaktoren und asymptomatischen Organschäden legen die Guidelines mindestens alle 2 Jahre nahe (6).

Viele Patienten leiden jedoch nicht nur an Hypertonie, sondern haben gleichzeitig kardiovaskuläre Erkrankungen, Asthma oder COPD, Dyslipidämie, Glukoseintoleranz oder Diabetes und anderes mehr. Welches Antihypertensivum sich gemäss Pechère bei welcher Komorbidität eignet, ist in *Tabelle 2* zusammengestellt. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Update Hypertonie 2018», Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine und Innere Medizin (SGAIM), 30. Mai bis 1. Juni 2018, Basel.

Referenzen

1. Forouzanfa MH et al.: Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mmHg, 1990–2015. JAMA 2017; 317: 165–182.
2. Chow CK et al.: Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA 2013; 310: 959–968.
3. Whelton PK et al.: 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension 2018; 71: 1269–1324.
4. Bakris G et al.: Redefining Hypertension – Assessing the New Blood-Pressure Guidelines. N Engl J Med 2018; 378: 479–499.
5. Muntner P et al.: Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation 2018; 137: 109–118.
6. Williams B et al.: ESC-ESH 2018 Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; in press.
7. Wright JT et al.: A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med 2015; 373: 2103–2116.
8. Schweizerische Guideline für arterielle Hypertonie 2015. www.swisshypertension.ch
9. Conn VS et al.: Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. Curr Hypertens Rep 2015; 17: 94.