

Hypertonie-Guidelines und ihre Umsetzung in der Praxis

Bericht von einem Workshop aus der Reihe «Der kardiovaskuläre Risikopatient in der hausärztlichen Praxis», organisiert von A. Menarini und DoXMedical (Medienpartner) vom 10. September 2009 in Luzern.

Die Grundlagen der Behandlung der Hypertonie sind im Prinzip bekannt. Der interaktive, ausgesprochen praxisbezogene Workshop brachte den noch Fragen aufs Tapet, die in der Praxis gelegentlich zu Unsicherheit führen. Fazit: Die Compliance entscheidet häufig über Erfolg oder Misserfolg der Therapie, und alles, was die Compliance fördert, verbessert auch die Therapie.

Was bedeutet ein 2 mmHg höherer oder tieferer Blutdruck? Sind zwei Millimeter relevant oder ein vernachlässigbarer Pseudounterschied? Prof. Dr. Paul Erne machte gleich zu Beginn deutlich, was wir eigentlich alle wissen: Es besteht nachgewiesenermassen eine direkte und deutliche Beziehung zwischen der Höhe des Blutdrucks und dem kardiovaskulären Risiko. Zwei Millimeter Blutdrucksenkung bedeuten – statistisch gesehen – ein um 7 Prozent geringeres Risiko einer ischämischen Erkrankung, eines Herzinfarkts also oder eines Hirninfarkts.

Fallbeispiel: Bei einem Hypertoniepatienten werden folgende Blutdruckwerte gemessen: 145/90 – 135/95 – 140/85 und so weiter – die diastolischen Werte liegen alle zwischen 85 und 95 mmHg. Fragen: Liegt eine Hypertonie vor? Welche weiteren Massnahmen sind nötig? Eine 24-Stunden-Blutdruckmessung? Die Selbstmessung zu Hause? Die Antwort ist nicht so eindeutig. Klar ist: Eine Hypertonie liegt vor, wenn der in der Praxis gemessene Blutdruck bei 140/90 mmHg oder darüber liegt (Einteilung der Hypertonie siehe **Kasten 1**). Bei Selbstmessung liegt die Grenze bei 135/85 mmHg. Das damit verbundene Risiko ist zwar vom Alter und vom Geschlecht des Patienten und seinen weiteren Risikofaktoren abhängig, aber grundsätzlich ist das Risiko bei jedem Menschen erhöht, dessen Blutdruckwerte über dieser Grenze liegen. Ziel muss es daher sein, in der Praxis den Druck auf 2 mm genau zu bestimmen, und zwar mittels einer standardisierten Messung, das heisst in der Praxis im Sitzen mit der Oberarmmanschette auf Höhe des Herzens. Erne weiter: «Jedermann und jedefrau entwickelt eine Hypertonie; lediglich ein Unfall, ein onkologisches Leiden oder eine andere fatale Krankheit kann das verhindern.»

Ein paar Worte zur Hypertoniebehandlung

Wie sieht eine adäquate antihypertensive Therapie heute aus? Zu den Medikamenten der ersten Wahl gehören gemäss Erne:

- ACE-Hemmer
- A-II-Antagonisten

- Reninhemmer (für die aber keine Morbiditäts- und Mortalitätsstudien vorliegen)
- Kalziumantagonisten
- Diuretika.

Betablocker sind hingegen eher Präparate zweiter Wahl. Sie haben sich in verschiedenen Studien den oben genannten Substanzen teilweise unterlegen gezeigt. Ob man Betablocker in der Hypertoniebehandlung ganz weglassen soll, ist eine umstrittene Frage. Die Datenlage ist unsicher; die meisten Studien stammen aus den Achtzigerjahren. Grundsätzlich gilt aber auch heute noch: Bei Patienten über 60 Jahre sind sie anderen Therapeutika tendenziell unterlegen, bei Jüngeren mögen sie hingegen sinnvoll sein. Eingesetzt werden sie bei jungen Patienten mit primärer Hypertonie (ohne Diabetes mellitus) und einer erhöhten Herzfrequenz. Allerdings gibt es keine Endpunktstudien mit modernen Betablockern. Indiziert sind sie bei leicht erhöhter Hypertonie, solange keine Endorganschäden und keine relevanten Komorbiditäten vorliegen. Ziel jeder antihypertensiven Behandlung ist es, eine von den Begleitumständen abhängige individualisierte Therapie zu finden. Als Blutdruckziel sind Werte unter 140/90 mmHg anzustreben. Bei Diabetikern versucht man Blutdruckwerte von unter 130/80 mmHg zu erreichen. Bei isolierter systolischer Hypertonie werden als Obergrenze 150 mmHg systolisch angegeben.

Selbstverständlich sind parallel zur Hypertoniebehandlung die bekannten übrigen Risikofaktoren zu therapieren. Sie tragen ganz wesentlich zum Risikoprofil bei. Eine Aspirinprophylaxe reduziert das kardiovaskuläre Risiko um zirka 25 Prozent, Statine reduzieren es in gleichem Ausmass, und die Therapie mit ACE-Hemmern oder A-II-Antagonisten trägt weitere 25 Prozent zur Risikoreduktion bei. Insgesamt geht man bei einer adäquaten Behandlung von einer Risikoreduktion von gegen 60 Prozent aus.

Kasten 1:

Einteilung der Hypertonie nach Schweregrad

Optimaler Blutdruck	unter 120/80
Normaler Blutdruck	120–129 und/oder 80–84
Hoch normaler Blutdruck	130–139 und/oder 85–89
Hypertonie 1. Grades (leicht)	140–159 und/oder 90–99
Hypertonie 2. Grades (mässig)	160–179 und/oder 100–109
Hypertonie 3. Grades (schwer)	über 180 und/oder über 110

Kasten 2

Hinweise zur Abklärung bei Verdacht auf sekundäre Hypertonie

- 1. Nierenparenchymkrankheit**
 - a. Serumkreatinin, kreatinin-Clearance
 - b. Urinsediment und Mikroalbuminurie
 - c. Evtl. Nierensonografie
- 2. Renovaskuläre Hypertonie**
 - a. Serumkreatinin
 - b. Abdominelles Strömungsgeräusch, Atherosklerose
 - c. Nierenarteriensonografie
- 3. Primärer Hyperaldosteronismus**
 - a. Kalium
 - b. Überweisung zum Spezialisten
- 4. Phäochromozytom**
 - a. Metanephrin und Normetanephrin im 24-Stunden-Urin und evtl. im Plasma
 - b. Spezialärztliche Abklärung
- 5. Hyper-(Hypo-)thyreose**
 - a. TSH und freies T₄
- 6. Cushing**
 - a. Mitternächtliches Speichelkortisol
 - b. Freies 24-Stunden-Urin-Kortisol
 - c. Dexamethasonhemmtest
 - d. Spezialärztliche Abklärung

Die Therapietreue, so hat man festgestellt, nimmt mit zunehmender Dauer der Behandlung – gemessen in einem Zeitraum zwischen 12 und 48 Monaten – ab. Das gilt für alle Substanzen. Dabei ist die Compliance ein entscheidender Faktor für die Wirkung der antihypertensiven Therapie. Erne ist denn auch ein klarer Befürworter von Kombinationspräparaten, egal, ob sie zwei oder bis zu vier Wirkstoffen enthalten. Sie sind in der Regel besser verträglich und verbessern die Compliance signifikant. Zu den modernen sinnvollen Kombinationen gehört beispielsweise die Kombination aus einem Sartan und einem Kalziumantagonisten; sie wirkt insbesondere der Ödembildung entgegen.

Eine elegante Möglichkeit, die Complian-

Der kardiovaskuläre Risikopatient in der Praxis

A. Menarini AG und DoXMedical (Medienpartner)

bieten auch 2010 wieder praxisbezogene, medizinische Fortbildung an. Der nächste Workshop findet in St. Gallen statt.

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Spezialisten und Hausärzten aus der Region bildet seit je die Basis der hausärztlichen Fortbildung. Menarini kommt dieser bewährten und effizienten Form der Fortbildung entgegen und organisiert, zusammen mit der Fachzeitschrift DoXMedical, eine Reihe von Veranstaltungen zum Thema «Hypertoniebehandlung unter spezieller Berücksichtigung von Diagnostik und Therapie bei begleitenden Erkrankungen». Als Referenten engagieren sich kompetente und bekannte Fachleute aus der Region. Sie garantieren hochstehende Veranstaltungen und praxisnahe Diskussionen.

Datum: 18. Februar 2010

Zeit: 14.00–18.00 Uhr

Ort: Hotel Einstein, Berneggstrasse 2, 9000 St. Gallen, www.einstein.ch

Die Referenten:

- **PD Dr. med. Michael Brändle**, Moderator, (FMH Endokrinologie, Leitender Arzt, Kantonsspital St. Gallen), Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen
- **PD Dr. med. Hans Rickli** (FMH Kardiologie, Chefarzt, Kantonsspital St. Gallen), Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen
- **Dr. med. Reto Engel** (FMH Kardiologie), Schützengasse 2, 9000 St. Gallen
- **Dr. med. Françoise-Isabelle Binet** (FMH Nephrologie, Leitende Ärztin, Kantonsspital St. Gallen), Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen

SGAM und SGIM vergeben für die Teilnahme an den Workshops jeweils 3 Credits (beantragt).

Menarini AG und DoXMedical werden Sie weiter informieren. Wenn Sie sich bereits heute anmelden wollen, können Sie das selbstverständlich tun. Telefon, Fax oder E-Mail genügt:

Tel. 044-307 40 50 | Fax 044-307 40 54 | E-Mail: info@menarini.ch

Kasten 3

Checkliste bei pharmakotherapieresistenter Hypertonie in der Praxis

(gekürzt gemäss Faltblatt der Schweizerischen Hypertoniegesellschaft)

Ursache	Evaluation	Massnahmen
Fehlmesung	Manschette, Messtechnik	
Sprechstundenhypertonie	Blutdrucktagesprofil	
Schlafapnoe	Schlafstudie	Gewichtsreduktion
Alkoholabusus, Hormone, NSAR		Pressorische/antagonistische Substanzen absetzen
Mangelhafte Medikamentenverordnung	Kombinationspräparate	
Mangelnde Compliance, Nebenwirkungen		Häufige Kontrollen
Adipositas	Manschette anpassen	
Übermässige Salzzufuhr (> 6 g/Tag)	24-h-Urin-Natrium (> 100 mmol/24h)	Diuretika
Na-Wasser-Retention	Nierenstatus	Kontrolle Nierenfunktion Salzretinierende Medikamente absetzen
Sekundäre Hypertonie		

Hypertonie-Guidelines und ihre Umsetzung in der Praxis

ce zu kontrollieren, besteht in der Zugabe von Digoxin zur normalen Therapie. Der Serumspiegel nach 10 Tagen gibt zuverlässig Auskunft über die Therapietreue des Patienten beziehungsweise der Patientin.

Ein paar Worte zur Hypertonieabklärung

Zur Basisabklärung jeder Hypertonie gehören EKG, Urin (Sediment und Mikroalbuminurie) sowie Blutchemie (Kalium, Kalzium, Kreatinin mit Berechnung der Clearance, Blutzucker, Gesamt- und HDL-Cholesterin, Triglyzeride und Harnsäure). Bei Verdacht auf eine sekundäre Hypertonie richtet sich die Abklärung nach der Differenzialdiagnose (Kasten 2).

Problem Therapieresistenz

Wichtigster und häufigster Grund für eine unbefriedigende Einstellung der Blutdruckwerte unter medikamentöser Therapie ist eine suboptimale Medikation. Statistisch gesehen sind 43 Prozent der Fälle von «Therapieresistenz» darauf zurückzuführen. Weitere Gründe sind:

- White coat hypertension (2%)
 - Interferenz mit anderen Medikamenten und mit Nahrungsmitteln (NSAR, Hormone, Lakritze, Red Bull, Alkohol) (2%)
 - Nebenwirkungen, subjektive (8%) bzw. objektive (15%)
 - Non-Compliance (10%)
 - sekundäre Hypertonie (11%).
- Unklar bleiben 9 Prozent.

Mangelhafte Compliance ihrerseits tritt bei verschiedenen Patientengruppen unterschiedlich häufig auf. Die Wahrscheinlichkeit einer Non-Compliance steigt beispielsweise um das Neunfache bei prädezenten Patienten, immerhin noch um das Zweieinhalbfache bei Einnahme von drei oder mehr Medikamenten, ebenso allerdings auch um das Zweieinhalbfache, wenn zwei oder mehr Ärzte in die medizinische Betreuung involviert sind und immerhin noch um das Doppelte bei allein lebenden Personen. Zur Beurteilung der «Diagnose» Therapieresistenz gehört die Suche nach ihrer Ursache (Kasten 3).

Hypertonie in der Geriatrie

Dr. med. Thomas Käslin, Kardiologe aus Sarnen, ging auf die geriatrischen Aspekte der Hypertoniebehandlung ein. Drei Studien liefern dazu verlässliche Resultate:

- SHEP (Systolic Hypertension in Elderly People), in der sich nachweisen liess, dass Chlorthalidon die Häufigkeit von Schlaganfällen und kardiovaskulären Ereignissen sowie die Mortalität signifikant senkt
- ALLHAT, in der Chlorthalidon gegen Amlodipin/Lisinopril getestet wurde
- HYVET, in die ausschliesslich Patienten über 80 Jahre aufgenommen wurden, die eine systolische Hypertonie aufwiesen.

Die Ziel-Blutdruckwerte liegen im anglo-amerikanischen Bereich bei < 140/80 mmHg, in der Schweiz bei realistischeren < 150 mmHg systolisch (der diastolische Wert ist meist wenig relevant). Über den Wert von «Lifestyle-Modifikationen» bei 80- bis 90-jährigen Patienten lässt sich trefflich streiten. Immerhin, Änderungen

der Lebensgewohnheiten verursachen keine Nebenwirkungen, keine Kosten, benötigen keine Medikamente und fördern die Eigenverantwortung. Die Frage stellt sich allerdings: Was bringt's? Man rechnet mit einer Blutdruckreduktion von 1 mmHg je verlorenes Kilogramm Gewicht und ungefähr 5 mmHg Reduktion bei strikter Kontrolle der Salzzufuhr. Therapeutisch stehen bei den Medikamenten die Thiaziddiuretika an erster Stelle, vor (allenfalls in Kombination mit) ACE-Hemmern oder Sartanen und Kalziumantagonisten. Betablocker werden le-

diglich nach einem Myokardinfarkt oder bei gleichzeitiger Herzinsuffizienz eingesetzt. Wichtig ist bei alten Menschen, eine orthostatische Hypotonie zu erkennen. Die Medikamente werden vorzugsweise zu Beginn tief dosiert, die Dosis nur langsam gesteigert. Kombinationspräparate sind mehreren Einzelpräparaten vorzuziehen.

Da von den Patienten in hohem Alter ohnehin 90 Prozent in den folgenden fünf Jahren sterben, orientiert sich der Nutzen der antihypertensiven Therapie in erster Linie an der Zahl der verhinderten

Schlaganfälle sowie an den vermuteten prophylaktischen Wirkungen auf die Entwicklung einer Demenz. Lässt sich dank adäquater Therapie die Hospitalisation oder der Übertritt ins Pflegeheim auch bloss um sechs Monate verzögern, spart das für die Krankenversicherer und die Kantone riesige Summen. ♦

Richard Allorfer