

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Wen, wann und wohin therapieren:

Risikostratifizierung und

Guidelines

Grüner P

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2012; 16

(Sonderheft 1), 8-9

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Wen, wann und wohin therapieren: Risikostratifizierung und Guidelines

P. Grüner

Das Behandlungsziel in der Hypertonie ist definiert als Blutdruckzielwerterreichung, aber auch – und das ist wesentlich – als Identifikation aller Risikofaktoren, um durch die gemeinsame Behandlung die maximale langfristige Reduktion des kardiovaskulären Risikos zu erreichen.

Anhand von Metaanalysen [1] und anderen wesentlichen Studien wie MRC [2], FEVER [3] oder PROGRESS [4] wurden die Blutdruckziele immer weiter herabgesetzt, hierbei auf Werte von < 140/90 mmHg. Daraus resultierte der Trend zu „the lower the better“. In wei-

terer Folge konnte anhand von Daten aus HOT [5] oder INVEST [6] auch ein Nadir herausgearbeitet werden mit dem Konsens, eine Senkung auf Werte < 120/70 mmHg durch antihypertensive Therapie nicht anzustreben.

Um eine bestmögliche und umfassende Risikobeurteilung zu ermöglichen, ist es deshalb nötig, eine umfassende Diagnostik zu betreiben und nach den in Tabelle 1 aufgelisteten Risikofaktoren und Hochdruckfolgen zu fahnden.

Mit diesen Informationen kann dann anhand der Kalkulation des individuel-

len Risikos die weitere Therapieplanung erfolgen, besonders wird hier darauf geachtet, ob zusätzlich zur Lebensstilmodifikation eine medikamentöse Therapie und vor allem auch ab wann etabliert werden muss (Abb. 1). Damit kann man den derzeitigen Trend dahingehend zusammenfassen, dass nun „the earlier the better“ an Bedeutung gewonnen hat. Die ehrgeizigen Ziele von < 130/80 mmHg wurden im „Reappraisal“ des ESH-Leitlinien 2009 verlassen, für 2013 erwarten wir dann die aktualisierten europäischen sowie auch österreichischen Leitlinien.

Zusätzliches Risiko, OS oder Krankheit	Andere Risikofaktoren, OS oder Krankheit	Normal RR syst 120-129 oder RR diast 80-84	Hoch Normal RR syst 130-139 oder RR diast 85-89	Grad 1 HT RR syst 140-159 oder RR diast 90-99	Grad 2 HT RR syst 160-179 oder RR diast 100-109	Grad 3 HT RR syst >179 oder RR diast >109
	Keine anderen Risikofaktoren	Durchschnittliches Risiko	Durchschnittliches Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Moderat erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
	1-2 Risikofaktoren	Leicht erhöhtes Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Moderat erhöhtes Risiko	Moderat erhöhtes Risiko	Sehr hohes Risiko
	3 oder mehr Risikofaktoren MS, OS oder Diabetes	Moderat erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
	Begleitkrankheit Nierenschaden	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

< 10 %	10-15 %	15-20 %	20-30 %	> 30 %	Kardiovaskuläre Ereignisse in 10 Jahren
	< 4 %	4-5 %	5-8 %	> 8 %	Risiko für kardiovaskulären Tod in 10 Jahren (SCORE)

Abbildung 1: Gesamtkardiovaskuläres Risiko bei Hypertonie (Blutdruck (mmHg). Mod. nach [7].

Tabelle 1: Diagnostik bei arterieller Hypertonie

Risikofaktoren	Zielorganschäden	Folge-/Begleiterkrankungen
Alter (Frau > 65 a, Mann > 55 a)	Linksventrikuläre Hypertrophie	KHK, CHF
Positive Familienanamnese für prämatüre kardiovaskuläre Erkrankungen	MAU	Zerebrovaskuläre Krankheiten
Rauchen	Eingeschränkte Nierenfunktion	AVK
Dyslipoproteinämie	Subklinische AS	Retinopathie
Viszerale Adipositas (Bauchumfang Frauen ≥ 88 cm, Männer ≥ 102 cm)		Diabetes mellitus
		Niereninsuffizienz (± Proteinurie)

MAU: Mikroalbuminurie; AS: Arteriosklerose; KHK: koronare Herzerkrankung; CHF: Herzinsuffizienz; AVK: arterielle Verschlusskrankheit

Literatur:

1. Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827–38.

2. MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Medical Research Council Working Party. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291: 97–104.

3. Liu L, Zhang Y, Liu G, et al.; FEVER Study Group. The Felo-dipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-

term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. *J Hypertens* 2005; 23: 2157–72.

4. PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033–41.

5. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351: 1755–62.

6. Messerli FH, Mancia G, Conti CR, et al. Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous? *Ann Int Med* 2006; 144: 884–93.

7. Watschinger B. „Update Hypertonie“: Neue Guidelines und renale Aspekte. *J Hypertonie* 2008; 12: 21–7.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. med. Peter Grüner

Bluthochdruckambulanz

Universitätsklinik für Innere Medizin 2

Paracelsus Privatmedizinische

Universität Salzburg

A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48,

E-Mail: p.gruener@salk.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung