

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

PILZ H

Gibt es eine antihypertensive First-Line-Therapie?

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;
6 (Sonderheft 1), 12-14*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

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.

GIBT ES EINE ANTIHYPERTENSIVE FIRST-LINE-THERAPIE?

Die „never ending story“ um den Bluthochdruck ist einerseits darauf zurückzuführen, daß dieser bedeutende Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen nur jedem zweiten Betroffenen bekannt ist, andererseits ist nur ein geringer Anteil der Hypertoniker, etwa 20 %, blutdruckmäßig in den anzustrebenden Bereich therapiert. Nur ein intensives Blutdruckscreening, die engmaschige RR-Kontrolle durch Arzt oder mittels RR-Selbstmessung, sowie das oft mühsame Streben nach Erreichen der RR-Zielwerte kann die derzeitige Situation verbessern.

Der Nutzen der antihypertensiven Therapie hinsichtlich Mortalität und Morbidität ist in zahlreichen Studien nachgewiesen, wobei der ausgeprägte Benefit einer RR-Reduktion für hypertensive Subgruppen wie Diabetiker, Patienten mit Nephropathie und ältere Personen besonders hervorzuheben ist. Antihypertensive Therapie ist in ihrer Indikation als auch in unterschiedlichen therapeutischen Strategien durchaus „evidence-based“.

Minimalanforderung an die Diagnostik der Hypertonie sind laut WHO drei RR-Messungen unter standardisierten Bedingungen, bei wenigstens 2 verschiedenen Gelegenheiten. Die Diagnose der Hypertonie sollte jedoch auf zumindest 30 RR-Messungen durch den Patienten selbst basieren, wobei eine Hypertonie dann besteht, wenn mehr als 7 Messungen über 135/85 mmHg liegen, oder auf den Ergebnissen einer ambulanten 24 Stunden-RR-Messung.

Zirkadiane RR-Schwankungen – die physiologische RR-Schwankungsbreite innerhalb von 24

Stunden beträgt 60/30 mmHg – und andere Einflußgrößen wie Streß, Rauchen oder Kaffeegenuß verlieren bei einer größeren Anzahl von Messungen ihren Einfluß auf die Therapieindikation.

Von überragender Bedeutung besonders hinsichtlich einer medikamentösen Therapie sind die Hypertonie begleitende Risikofaktoren, vorbestehende Erkrankungen sowie sogenannte Endorganschäden. Zusammenfassend läßt sich eine optimale Medikation also nur aus der Kenntnis von RR-Höhe und zusätzlichem Risikoprofil ableiten.

Führende kardiovaskuläre Risikofaktoren sind Alter (Männer über 55, Frauen über 65 Jahren) Rauchen, erhöhtes Gesamtcholesterin, positive Familienanamnese hinsichtlich früherer kardiovaskulärer Ereignisse, wobei aber auch Übergewicht, hoher Salzkonsum, bewegungsarme Lebensweise und hoher Alkoholkonsum von Bedeutung sind (Tab. 1).

Hypertensive Endorganschäden manifestieren sich vornehmlich als Linksventrikelhypertrophie, renale Funktionsstörung, atherosklerotische Gefäßveränderungen sowie Gefäßveränderung im Retinabereich (Tab. 2). Dem

Hochdruck sind als klinisches Korrelat zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen, Nephropathien, dissezierendes Aortenaneurysma, systemische Gefäßerkrankungen sowie Retinopathien assoziiert.

Unter Berücksichtigung der oben angeführten Risikofaktoren, Endorganschäden und klinischen Erkrankungsmanifestationen ist in Relation zur RR-Höhe die antihypertensive Therapie, sei es als Lebensstilmodifikation oder medikamentöse Therapie, einzuleiten (siehe Tab. 3). Die *antihypertensive Therapie* sollte eine adäquate, möglichst über 24 Stunden währende RR-Senkung sowie eine möglichst wirksame Behandlung der Risikofaktoren, Endorganschäden und klinischen Begleiterkrankungen gewährleisten. Placebogleiche Nebenwirkungsraten sind heute durchaus schon erreichbar und fördern die Compliance.

Stellt man nun die Frage nach einer „first-line“-Therapie, so ist diese auf Grund zahlreicher randomisierter kontrollierter Studien im Einsatz von Diuretika oder Betablocker zu sehen. Voraussetzung für diese Wahl ist allerdings das Fehlen sogenannter zwingender Indikationen für eine

Tabelle 1: Kardiovaskuläre Risikofaktoren für Hypertoniker

- Rauchen
- Diabetes mellitus
- Dyslipidämie
- Alter > 60 Jahre
- Geschlecht (Männer, postmenopausale Frauen)
- Familienanamnese (kardiovask. Erkrankungen bei Frauen < 65 a, bei Männern < 55 a)

Tabelle 2: Zielorganschaden / klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankungen

- Herzerkrankungen:
Linksventrikuläre Hypertrophie, Angina pectoris/vorangegangener MI, vorangegangene PTCA/CABG, Herzinsuffizienz
- Schlaganfall oder TIA
- Nierenerkrankung
- PAVK
- Retinopathie

Tabelle 3: Risikostratifikation und Behandlung

	Risikogruppe A (keine Risikofaktoren, kein Zielorganschaden, keine klinisch manifeste kardiovask. Erkrank.)	Risikogruppe B (mind. 1 Risikofaktor, KEIN DM; keine klinisch manifeste kardiovask. Erkrank.)	Risikogruppe C (Zielorganschaden/manifeste Herz-Kreislaufkrankung UND/ODER DM mit oder ohne weiteren Risikofaktoren)
Blutdruck (mmHg)			
Hoch-normal (130–139/85–89)	Lebensstilmodifikation	Lebensstilmodifikation	Arzneimittel-Therapie (bei DM, Herz- bzw. Niereninsuffizienz)
Stadium I (140–159/90–99)	Lebensstilmodifikation	Lebensstilmodifikation (bei multiplen Risikofaktoren Arzneimittel-Therapie erwägen)	Arzneimittel-Therapie
Stadium II–III ($\geq 160/\geq 100$)	Arzneimittel-Therapie	Arzneimittel-Therapie	Arzneimittel-Therapie

andere Medikamentengruppe bzw. eine Kontraindikation für die beiden angeführten Substanzgruppen. Als zwingende Indikation für bestimmte Substanzgruppen sind insbesondere Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz, Diabetes,

tachykarde Herzrhythmusstörungen sowie eine Prostatahypertrophie anzuführen (Tab. 4). Prinzipiell ist also immer das gesamte Risikoprofil in Betracht zu ziehen, bevor die Medikamentenauswahl getroffen wird.

Als *spezielle Subgruppen* hypertensiver Patienten sind Diabetiker, Personen mit Nephropathien, aber auch solche mit Magen-Darm-Erkrankungen, Schlafapnoesyndrom oder Fettstoffwechselstörungen zu sehen.

Tabelle 4: Richtlinien für die medikamentöse Behandlung der Hypertonie

Medikament	Zwingende Indikation	Mögliche Indikation	Zwingende Kontraind.	Mögliche Kontraindikation
Diuretika	Herzinsuffizienz Älterer Patient Systolische Hypertonie	Diabetes	Gicht	Dyslipidämie Sexuell aktive Männer
Betablocker	Angina Nach Myokardinfarkt Tachyarrhythmien	Herzinsuffizienz Schwangerschaft Diabetes	Asthma und COPD AV-Block II° od. III°	Dyslipidämie Athleten od. physisch aktive Patienten Periphere vaskuläre Erkrankung
ACE-Hemmer	Herzinsuffizienz Linksventrikuläre Dysfunktion Nach Myokardinfarkt Diabetische Nephropathie		Schwangerschaft Hyperkaliämie Beidseitige renale Arterienstenose	
Ca-Antagonisten	Angina Älterer Patient Systolische Hypertonie	Periphere vaskuläre Erkrankung	AV-Block II° od. III° mit Verapamil od. Diltiazem	Kongestive Herzinsuff.
Alphablocker	Prostata-Hypertrophie	Glukoseintoleranz Dyslipidämie		Orthostatische Hypotonie
Angiotensin-II-Antagonisten	ACE-Hemmer-Husten	Herzinsuffizienz	Schwangerschaft beidseitige renale Arterienstenose Hyperkaliämie	

Dr. med. Heidemarie Pilz

Fachärztin für Innere Medizin

Arbeitsschwerpunkte: Intensivierte Diagnostik von Blutdruckregulationsstörungen, ambulantes Blutdruckmonitoring, kombiniertes Blutdruck-Holter-Monitoring, Pathophysiologie der essentiellen Hypertonie.

Sekretärin der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie

Korrespondenzadresse:

FA Dr. Heidemarie Pilz

Kaiserin Elisabeth Spital, Hochdruckambulanz

A-1150 Wien, Huglgasse 1–3



- *Diabetes mellitus Typ I und II* erfordern auf Grund ihrer unterschiedlichen Pathogenese differenzierte Therapiestrategien. Beim IDDM (Typ I) mit kürzerer Erkrankungsdauer ist eine Hypertonie meist essentiell, also Diabetes und Hypertonie treffen „zufällig“ aufeinander. Anders beim NIDDM (Typ II), häufig schon in der prädiabetischen Phase mit einem Hochdruck kombiniert auf Grund des Hyperinsulinismus. IDDM und NIDDM münden häufig in die gemeinsame Endstrecke des Kimmelstiel-Wilson-Syndroms. Vorrangiges Ziel der antihypertensiven Therapie ist besonders beim Diabetiker die Nephroprotektion, die mit RR-Zielwerten unter 135/85, falls individuell toleriert unter 130/80, erreicht wird. Typ I-Diabetiker profitieren besonders von einer ACE-Hemmer-Therapie, die meist notwendige Kombination kann mit Diuretika, Betablockern oder Kalzium-Antagonisten vorgenommen wer-

den. Beim Typ II-Diabetiker ist ebenfalls meist ein ACE-Hemmer Mittel der 1. Wahl, zur Kombination eignen sich vor allem Ca-Antagonisten.

- *Nephropathien* können sowohl Auslöser als auch Folge einer Hypertonie sein. Prinzipiell hat jede antihypertensive Therapie eine Verhinderung einer Progression der Nephropathie zum Ziel, wobei hier, abhängig vom Serumkreatininwert, ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten und Diuretika von besonderer Bedeutung sind.
- *Magen-Darm-Erkrankungen*, häufig auch als Ulcus duodeni oder ventriculi auftretend, sind bei der antihypertensiven Therapie durchaus zu berücksichtigen, beeinflussen sie doch die Resorption zahlreicher Medikamente. Interaktionen insbesondere zwischen Kalziumantagonisten, Betablockern und gastroprotektiven Medikamenten müssen berücksichtigt werden.

- Wenn auch die Hypertonie bei der *obstruktiven Schlafapnoe* als sekundär zu werten ist, darf man nicht übersehen, daß 20–30 % der Hypertoniker eine obstruktive, schlafbezogene Atmungsstörung aufweisen, die mit zahlreichen extremen Blutdruckspitzen während des Schlafes verbunden ist. Bezüglich der Diagnostik ist auf Schnarchen und Apnoephasen zu achten, die Therapie zielt einerseits auf das Grundleiden, andererseits auf die Hypertonie. Diesbezüglich ist auf eine ausreichende Wirkung auch während des REM-Schlafes zu achten, eine medikamentöse Verstärkung der Atemstörungen sowie eine Aggravierung der Herzinsuffizienz bzw. der Bradykardie sind zu vermeiden.
- *Fettstoffwechselstörungen*, häufig im Rahmen des metabolischen Syndroms mit Hypertonie assoziiert, erfahren meist unter einer Diuretika- oder Beta₁-Blockertherapie eine Verschlechterung, ACE-Hemmer, AT₁-Blocker und Kalziumantagonisten haben sich als stoffwechselneutral herauskristallisiert, postsynaptische α_1 -Blocker dürften eine positive Wirkung auf diese Parameter ausüben.

Fast ausnahmslos ist also eine individuelle, auf das gesamte Risiko und Erkrankungsprofil des Patienten abgestimmte antihypertensive Therapie als „first line“-Therapie zu sehen.

Literatur: bei der Verfasserin

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