

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Der Hochdruckpatient im Spannungsfeld der neuen Guidelines der ESC 2013, JNC8 und ÖGH

Auer J

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2014; 18

(3), 101-103

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.

Der Hochdruckpatient im Spannungsfeld der neuen Guidelines der ESC 2013, JNC8 und ÖGH

J. Auer

Im Jahr 2013 wurden nach einer längeren Pause zunächst neue europäische und österreichische Richtlinien zu Bluthochdrucktherapie publiziert und dann zwei amerikanische Hypertonie-Guidelines veröffentlicht. Den „neuen“ Richtlinien gemeinsam ist der Versuch, mehr Evidenz in die Empfehlungen einfließen zu lassen. Die empfohlenen Zielblutdruckwerte wurden insgesamt gelockert, aber auch die Auswahl der „First line“-Therapeutika hat sich in einzelnen Richtlinien geändert. Es wird versucht, Unterschiede, aber vor allem auch Gemeinsamkeiten zwischen den Guidelines darzustellen und Empfehlungen für die tägliche Praxis abzuleiten und vorzuschlagen.

■ Blutdruck-Grenzwerte und Indikation zur Therapie und Zielwerte

Als Definition der arteriellen Hypertonie gelten weiterhin in den ESC/ESH- (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension), ÖGH- (Österreichische Gesellschaft für Hypertensiologie) und ASH/ISH- (American Society of Hypertension/International Society of Hypertension) Guidelines systolische Werte von 140 mmHg und/oder diastolische Werte von 90 mmHg. Je nach Komorbiditäten werden spezielle Blutdruckzielwerte empfohlen.

Eine neue Position nehmen die aktuellen JNC8-Guidelines (Eighth Joint National Committee Guidelines) ein, in denen die arterielle Hypertonie nicht mehr generell definiert wird, sondern nur noch Grenzwerte zur Einleitung einer Therapie in den jeweiligen Patientengruppen vorgegeben werden. Dies ist unterschiedlich zu den vorausgehenden JNC7-Guidelines (Seventh Joint National Committee Guidelines; 2003). Im Rahmen der Erstellung der neuen JNC8-Guidelines wurde die Priorität auf wenige wichtige klinische Fragestellungen (Wann soll eine Therapie begonnen werden? Welches Therapieziel? Wie wird dieses erreicht?) gelegt (basierend auf einer systematischen Durchsicht limitiert auf randomisierte kontrollierte Studien) und versucht, prinzipiell einheitliche Blutdruckzielwerte zu definieren. Nur bei „ausreichenden“ wissenschaftlichen Beweisen wurden für einzelne Subgruppen eigene Werte festgelegt.

Es ergeben sich für bestimmte definierte Patientengruppen unterschiedlich hohe Zielwerte und dadurch auch unterschiedliche Werte, bei denen eine Therapie einzuleiten ist.

„Ältere“ Patienten

Sowohl die JNC8- als auch die ESC-Guidelines sehen die Grenze für die Definition „älter“ bei 60 Jahren, die anderen

Richtlinien setzen diese Grenze erst bei 80 Jahren fest. Bei Patienten, welche das genannte Alter überschritten haben, ist ein Zielblutdruckwert < 150/90 mmHg anzustreben. Die europäischen Guidelines sehen eine Therapieindikation erst bei Werten ab 160 mmHg systolisch, wobei diese ESC/ESH-Guidelines für die Subkategorie „fitter“ Ältere von 60 bis 80 Jahren auch Blutdruckwerte < 140 mmHg empfehlen. Diese Richtlinien sprechen auch die Empfehlung aus, Patienten, die bereits auf niedrigere Werte eingestellt sind und diese gut tolerieren, nicht umzustellen.

Zur Therapie älterer Patienten mit meist isolierter systolischer Hypertonie werden von den ASH/ISH- und den ESC/ESH-Guidelines primär Diuretika vom Thiazidtyp und/oder Kalziumkanalblocker empfohlen.

„Jüngere“ Patienten

Bei den „jüngeren“ Patienten zwischen 18 Jahren und den oben angeführten Altersgrenzen ergibt sich eine Therapieindikation (Lebensstilmodifikation +/- medikamentöse Therapie) bereits ab Werten von 140/90 mmHg. Die Blutdruckwerte sollten auf unter 140/90 mmHg abgesenkt werden. Zur initialen pharmakologischen Therapie wird in den ASH/ISH-Guidelines den ACE-Hemmern (Angiotensin Converting Enzyme) bzw. AT1-Blockern (= Angiotensinrezeptorblocker) der Vorzug gegeben. Die übrigen Guidelines bevorzugen keine Gruppe der „First line“-Therapeutika.

Patienten mit Komorbiditäten: Diabetes, chronische Niereninsuffizienz

Bei Vorliegen von Komorbiditäten ergeben sich Abweichungen, sowohl was die Zielblutdruckwerte als auch die zu bevorzugenden Therapeutika betrifft. Für Patienten mit Diabetes mellitus und chronisch Nierenkranke werden meist Blutdruckwerte von unter < 140/90 mmHg empfohlen. Die ESC/ESH-Guidelines empfehlen < 140/85 mmHg und bei Patienten mit Proteinurie können nach den Empfehlungen der ESC und der ÖGH Zielwerte von unter 130 mmHg systolisch bzw. < 130/80 mmHg in Erwägung gezogen werden. Alle Guidelines empfehlen bei diesen Patienten für die initiale medikamentöse Therapie einen ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker und die ÖGH-Leitlinien empfehlen bei Bedarf als weiteren Kombinationspartner einen Kalziumkanalblocker.

Patienten mit anderen Komorbiditäten: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall
Patientengruppen mit anderen Komorbiditäten werden nur von den ESC/ESH- und ÖGH-Leitlinien speziell abgedeckt.

Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit wird ein systolischer Blutdruck von < 140 mmHg empfohlen. Dabei gehören Betablocker, v.a. bei Z.n. Myokardinfarkt in Kombination mit ACE-Hemmer/AT1-Blocker, oder bei Angina pectoris in Kombination mit Kalziumkanalblockern vom Dihydropyridin-Typ zu den Therapeutika der ersten Wahl. Auf eine Absenkung des diastolischen Blutdruckes auf < 70 mmHg sollte aufgrund der daraus resultierenden verminderten Koronarperfusion verzichtet werden.

Für Patienten mit Herzinsuffizienz sollte die Therapie initial eine Kombination aus Betablocker, ACE-Hemmer oder AT1-Blocker, Diuretikum und zumeist Mineralokortikoid-Rezeptorblocker beinhalten. Sollte es damit nicht gelingen, den systolischen Blutdruck-Zielwert von < 140 mmHg zu erreichen, wäre die Zugabe eines Kalziumkanalblockers vom Dihydropyridin-Typ zu erwägen.

Eine antihypertensive Therapie ist bei Patienten mit einem rezenten Schlaganfall innerhalb der ersten Woche nicht generell empfohlen (ESC/ESH), obwohl bei sehr hohen Blutdruckwerten im Einzelfall über die Einleitung einer Therapie individuell entschieden werden soll. Ab Blutdruckwerten von über 220/110 mmHg kann eine moderate Senkung diskutiert werden. In der chronischen Phase nach einem Schlaganfall sollten systolische Blutdruckwerte < 140 mmHg angestrebt werden. Hierfür werden für die Initialtherapie in den ÖGH-Leitlinien und ASH/ISH-Guidelines ACE-Hemmer/AT1-Blocker und auch Kalziumkanalblocker empfohlen.

Auf die Blutdruckeinstellung im Rahmen einer geplanten systemischen Thrombolysetherapie bei ischämischem Insult gehen lediglich die ÖGH-Leitlinien speziell ein und empfehlen eine Blutdrucksenkung auf Werte unter 185/110 mmHg.

■ Therapie des Bluthochdrucks

Nicht-pharmakologische Therapie

Grundlage der Therapie der arteriellen Hypertonie ist eine Modifizierung des Lebensstils. Dies wird von allen Leitlinien als ein integraler Bestandteil im Management der art. Hypertonie gesehen und kann unter bestimmten Umständen eine medikamentöse Therapie verzögern oder reduzieren. Zu den nicht pharmakologischen Maßnahmen zählen Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Kochsalzrestriktion (5–6 g/d), regelmäßige körperliche Aktivität und eine Ernährungsmodifizierung mit hohem Obst- und Gemüsekonsum, sowie Konsum von fettarmen Milchprodukten. Darüber hinaus wird auch eine Reduktion eines erhöhten regelmäßigen Alkoholkonsums (Männer < 20 – 30 g Alkohol/Tag, Frauen < 10 – 20 g Alkohol/Tag) genannt. Eine Raucherentwöhnung wird zur Reduktion des gesamten vaskulären Risikos für alle Hypertoniker empfohlen.

Pharmakologische Therapie

Sollte die Anwendung von nicht-pharmakologischen Maßnahmen (siehe oben) nicht ausreichend sein, um das entsprechende Therapieziel zu erreichen, steht eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung. Bei Hypertonikern mit bestimmten Bedingungen (Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, subklinische Organschäden oder bei schwereren Formen der arteriellen Hypertonie) soll unmittel-

bar mit einer medikamentösen Therapie in Kombination mit nicht-pharmakologischen Maßnahmen begonnen werden.

Die JNC7-Guidelines aus dem Jahr 2003 haben Diuretika vom Thiazidtyp als „First-line“-Therapeutika für die meisten Patienten empfohlen. Im Gegensatz dazu werden in den neuen JNC8-Guidelines ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker, Kalziumkanalblocker und Diuretika vom Thiazidtyp als gleichwertige „First-line“-Therapeutika angesehen. Ähnliche generelle Empfehlungen geben auch anderen Guidelines. Lediglich die ESC-Guidelines zählen auch Betablocker zu den „First-line“-Therapeutika und nehmen damit eine gewisse Sonderstellung ein. Allerdings wird in den Richtlinien zwischen unterschiedlichen Substanzen innerhalb der Gruppe der Betablocker differenziert und darauf hingewiesen, dass definierte Begleitcharakteristika eines individuellen Patienten in der Therapieauswahl berücksichtigt werden sollten.

Die angeführten Therapeutika können zunächst bis zur „3-fach-Kombination“ weitgehend frei kombiniert werden (z. B. ARB oder ACE-Hemmer + Kalzium-Kanalblocker + Diuretikum). ACE-Hemmer und AT1-Blocker dürfen jedoch generell nicht miteinander kombiniert werden. Für Patienten mit einer „prädiabetischen“ Stoffwechsellage sollten ACE-Hemmer bzw. AT1-Blocker und Kalziumkanalblocker bevorzugt werden, da Betablocker und Diuretika die Insulinsensitivität verschlechtern können.

Bei Therapieresistenz definiert durch fehlendes Erreichen des Therapieziels trotz Lebensstilmodifikation und einer Kombination aus mindestens drei verschiedenen Antihypertonika in optimaler Dosis und nach entsprechender Therapiedauer sollten eine Pseudoresistenz (z. B. mangelnde Compliance oder fehlerhafte Blutdruckmessung), ein Praxishochdruck und die sekundären Hypertonieformen ausgeschlossen und die (Begleit-) Medikation überprüft werden. Anschließend werden zur Therapieerweiterung Mineralokortikoidrezeptorblocker und Alphablocker bzw. auch Betablocker, zentrale Blutdrucksenker (α -Methyldopa, Clonidin) und direkte Vasodilatoren (Hydralazin, Minoxidil) empfohlen. Eine Vorstellung beim Hypertonie-Spezialisten sollte in diesen Fällen ebenfalls erwogen werden.

■ Zusammenfassung

Die Blutdruckzielwerte wurden in allen Guidelines gelockert. Generell gelten als Grenzwerte für die Hypertonie systolische Werte von 140 mmHg und/oder diastolische Werte von 90 mmHg. Für einzelne definierte Patientengruppen wurden niedrigere Blutdruck-Zielbereiche vorgeschlagen. Gemäß den aktuellen Empfehlungen sind sowohl ACE-Hemmer/AT1-Blocker, Kalziumkanalblocker und Thiazid-Diuretika als „First-line“-Therapeutika für die meisten Patienten gleichwertig. Betablocker werden zwar von den ESC/ESH-Guidelines ebenfalls zu den „First-line“-Therapeutika gezählt, sollten aber bevorzugt bei Patienten mit entsprechenden Zusatzindikationen (z.B. bei KHK- und Herzinsuffizienzpatienten) oder fehlenden Begleitcharakteristika (metabolisches Syndrom, pathologische Glukosetoleranz) zum Einsatz kommen. Die Auswahl einer geeigneten Substanz innerhalb der Klasse der Betablocker ist erforderlich. Bei der Mehrzahl der älteren Patienten ist entsprechend den aktuellen Empfehlungen eine

Blutdrucksenkung auf unter 150/90 mmHg ausreichend. Für „fitter“ 60- bis 80-jährige Hypertoniker sind jedoch nach wie vor Blutdruckwerte von < 140/90 mmHg (wie auch für jüngere Patienten) anzustreben.

5. Chobanian AV, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program. National Heart, Lung, and

Blood Institute (US); 2004 Aug. Report No.: 04-5230, Bethesda (MD).

6. Hubauer M, Auer J. Therapie der arteriellen Hypertonie Der Patient zwischen den Leitlinien. Int Praxis 2014; in press.

Literatur:

1. Weber A, et al. Clinical Practice Guidelines for the management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2014; 16: 14–26.

2. Mancia G, et al. ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Blood Press 2014; 23: 3–16.

3. Watschinger B, Arbeiter K, Auer J, et al. Klassifikation, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie 2013: Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH). J Hypertonie 2013; 17: (3) 99–108.

4. James P, et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report from the Panel Members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). JAMA 2014; 311: 507–20.

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Johann Auer

Abteilung für Innere Medizin I mit Kardiologie und Interne Intensivmedizin

Krankenhaus St. Josef Braunau

A-5280 Braunau, Ringstraße 60

E-mail: johann.auer@khbr.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](#)