

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Wer braucht keine Messung der „arterial stiffness“ in der Praxis?

Weber T

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2014; 18

(4), 164-165

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

boso TM-2450

kleiner
leichter
leiser*



**BOSCH
+SOHN**

boso

Präzises ABDM – das neue 24-Stunden-Blutdruckmessgerät
Noch mehr Komfort für Ihre Patienten, noch mehr Leistungsfähigkeit für Sie.

- | Kommunikation mit allen gängigen Praxis-Systemen über GDT
- | Inklusive neuer intuitiver PC-Software profil-manager XD 6.0 für den optimalen Ablauf in Praxis und Klinik
- | Übersichtliche Darstellung aller ABDM-Daten inklusive Pulsdruck und MBPS (morgendlicher Blutdruckanstieg)
- | Gerät über eindeutige Patientenummer initialisierbar
- | Möglichkeit zur Anzeige von Fehlmessungen (Artefakten)
- | Hotline-Service

*im Vergleich mit dem Vorgängermodell boso TM-2430 PC 2



Ausführliche Informationen
erhalten Sie unter boso.at

boso TM-2450 | Medizinprodukt
BOSCH + SOHN GmbH & Co. KG
Handelskai 94-96 | 1200 Wien

Wer braucht keine Messung der „arterial stiffness“ in der Praxis ?

T. Weber

Die arterielle Gefäßsteifigkeit („arterial stiffness“) ist heute als Parameter eines hypertensiven Endorganschadens im arteriellen Gefäßsystem gut etabliert. Wenn man den Bluthochdruck als Erkrankung versteht, die in erster Linie die Arterien betrifft (hier wird der Blutdruck ja schließlich gemessen), könnte man eine erhöhte Gefäßsteifigkeit sogar als den primären Organschaden bei Hypertonie bezeichnen. Wir wissen aber auch, dass die Beziehung eher bidirektional ist, Studien u. a. aus Framingham haben ja gezeigt, dass eine Erhöhung der Gefäßsteifigkeit der Entwicklung eines Bluthochdrucks meist vorangeht [1]. Auf der anderen Seite ist ein erhöhter Blutdruck eine stärkere Belastung für die elastischen Anteile der Aorta und der großen Arterien, die dadurch schneller degenerieren und durch Kollagen ersetzt werden.

Die arterielle Gefäßsteifigkeit kann seit etwa 20 Jahren relativ leicht durch Bestimmung der Carotis-Femoralis-Pulswellengeschwindigkeit nicht-invasiv quantifiziert werden [2]. Dabei werden meist mittels Tonometrie Druckkurven an Karotis und Femoralis aufgezeichnet und die Pulswellenlaufzeit zwischen beiden Punkten bestimmt. Durch Abschätzung der Distanz zwischen beiden Punkten an der Körperoberfläche kann man dann die Pulswellengeschwindigkeit („carotid-femoral Pulse Wave Velocity“ [cfPWV]) berechnen; diese liegt meist zwischen 5 und 15 m/sec. Die Aorta, die den größten Anteil an der altersabhängigen Zunahme der Gefäßsteifigkeit hat, liegt mit Ausnahme der Ascendens zwischen beiden Messpunkten. Dies dürfte auch die gute prognostische Bedeutung der cfPWV erklären (die PWV an den Extremitäten zeigt eine viel geringere altersabhängige Änderung und hat eine viel geringere prognostische Wertigkeit). In den letzten Empfehlungen der Europäischen Hochdruckgesellschaft wurde auf Basis von Vergleichsstudien mit MRI [3] die Messung der Distanz als der direkte Abstand Karotis-Femoralis multipliziert mit 0,8 festgelegt. Mit dieser Methode konnte auf Basis zahlreicher epidemiologischer Studien ein Schwellenwert der cfPWV von 10 m/sec definiert werden.

Die Messung der cfPWV mit dem Tonometer erfordert etwas Übung und einen Zeitaufwand von etwa 15 Minuten. Dies scheint derzeit einer weiteren Verbreitung der Methode in der Praxis hinderlich zu sein. Ein neuer Ansatz ermöglicht nun die Abschätzung der aortalen PWV (die Methode wurde im Vergleich zur direkten, invasiven Messung der aortalen PWV im Rahmen der Herzkatheteruntersuchung entwickelt) aus Pulskurven, die mit Oberarm-Blutdruckmanschetten aufgezeich-

net werden können, dem Alter und dem systolischen Blutdruck. Bisherige Validierungen verliefen sehr zufriedenstellend [4], eine erste Studie zur prognostischen Wertigkeit wurde bereits veröffentlicht [5].

■ **Bei welchen Patienten bzw. Hypertonikern soll man nun die cfPWV (aoPWV) messen?**

In den Empfehlungen der Europäischen [6] sowie der Österreichischen Hochdruckgesellschaft [7] wird die Messung subklinischer Organschäden im Rahmen der Risikostratifizierung generell empfohlen. Das bedeutet, die Messung dient primär der Erkennung von Hochrisikopatienten. Tatsächlich haben zahlreiche Studien und die rezente, auf individuellen Daten von mehr als 17.000 Einzelpatienten bzw. Einzelprobanden beruhende Metaanalyse [8] gezeigt, dass eine relevante Anzahl von Patienten mit intermediär eingeschätztem kardiovaskulärem Risiko durch Messung der cfPWV als Hochrisikopatienten reklassifiziert werden konnte. Bei diesen Personen, bei denen mittels der klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren ein intermediäres kardiovaskuläres Risiko anzunehmen wäre, ist die Messung der Parameter des hypertensiven Endorganschadens somit am wichtigsten bzw. am sinnvollsten. In der Metaanalyse war die prognostische Bedeutung der cfPWV-Messung unabhängig von Geschlecht, Raucherstatus, Diabetesstatus, Hypertoniestatus und Nierenfunktion. Es bestand allerdings ein Zusammenhang mit dem Alter: Wiewohl weiterhin statistisch signifikant, nimmt die additive prognostische Bedeutung der cfPWV mit höherem Alter ab (und ist bis zum 60. Lebensjahr am besten). Untersucht wurde die Wertigkeit der cfPWV in der Allgemeinbevölkerung, bei älteren inklusive geriatrischen Personen, bei Hypertonikern, bei Diabetikern sowie bei Patienten mit Nierenerkrankungen inklusive Dialysepatienten.

■ **Bei welchen Patienten muss man die PWV somit nicht unbedingt messen?**

Aus den Guidelines kann man ableiten, dass Patienten mit etablierten kardiovaskulären Erkrankungen ohnehin ein hohes kardiovaskuläres Risiko haben. Hier ist eine Bestimmung der cfPWV zur weiteren Risikoeinschätzung nicht erforderlich (wengleich die PWV bei Dialysepatienten unabhängige prognostische Aussagen erlaubt). Aus anderen Gründen kann eine Messung jedoch Sinn machen. So ist z. B. der enge Zusammenhang zwischen Herzinsuffizienz mit erhaltener EF

und Gefäßsteifigkeit bekannt [9] und rezent wurden Pulsdruck und PWV sogar für die Diagnostik des Syndroms HF-PEF („heart failure with preserved ejection fraction“) vorge schlagen [10]. Weiters ist eine Messung bei Vorhofflimmern nicht zielführend, da hier vermutlich keine validen Werte zu gewinnen sind. Bei schwerer peripherer arterieller Verschluss-erkrankung im Beckenbereich ist die Messung vermutlich ebenfalls nicht möglich, allerdings liegt dann ja ohnehin ein manifester Endorganschaden vor.

■ Projekt „Check around the Clock“

Die Österreichische Gesellschaft für Hypertensiologie führt mit Unterstützung der Firma Takeda zu diesem Thema gerade das Projekt „Check around the Clock“ durch. Dabei werden 24-Stunden-Blutdruckmessgeräte (mobilograph, Firma i.e.m.), die auch verschiedene Parameter der pulsatilen Hämodynamik (zentraler Blutdruck, Pulswellenreflexionen, Pulswellengeschwindigkeit) erfassen, von Kollegen im niedergelassenen Bereich eingesetzt. Über die Information des 24-Stunden-Blutdruckmonitorings hinaus werden so die Gefäßeigenschaften beurteilt, was nach einer entsprechenden Einschulung auch in der Praxis möglich ist. Interessierte Kollegen können über einen Link auf der Homepage der ÖGH (<http://www.hochdruckliga.at>) weitere Informationen zum Ablauf des Projektes erhalten.

Literatur:

1. Kaess BM, Rong J, Larson MG, et al. Aortic stiffness, blood pressure progression, and incident hypertension. *JAMA* 2012; 308: 875–81.
2. Laurent S, Cockcroft J, Van Bortel L, et al. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications. *Eur Heart J* 2006; 27: 2588–605.
3. Van Bortel LM, Laurent S, Boutouyrie P, et al. Expert consensus document on the measurement of aortic stiffness in daily practice using carotid-femoral pulse wave velocity. *J Hypertension* 2012; 30: 445–8.
4. Hametner B, Wassertheurer S, Kropf J, et al. Oscillometric estimation of aortic pulse wave velocity: comparison with intra-aortic catheter measurements. *Blood pressure monitoring* 2013; 18: 173–6.
5. Baumann M, Wassertheurer S, Suttman Y, et al. Aortic pulse wave velocity predicts mortality in chronic kidney disease stages 2–4. *J Hypertension* 2014; 32: 899–903.
6. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertension* 2013; 31: 1281–357.
7. Watschinger B, Auer J, Drexel H, et al. Klassifikation, Diagnostik, und Therapie der arteriellen Hypertonie 2013: Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH). *J Hypertonie* 2013; 17 (3): 99–108.
8. Ben-Shlomo Y, SM, Boustred C, May M, et al. Aortic pulse wave velocity improves cardiovascular event prediction: an individual participant meta-analysis of prospective observational data from 17,635 subjects. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 636–46.
9. Borlaug BA, Melenovsky V, Redfield MM, et al. Impact of arterial load and loading sequence on left ventricular tissue velocities in humans. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50: 1570–7.
10. Weber T, Wassertheurer S, O'Rourke MF, et al. Pulsatile hemodynamics in patients with exertional dyspnea: potentially of value in the diagnostic evaluation of suspected heart failure with preserved ejection fraction. *J Am Coll Cardiol* 2013; 61: 1874–83.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Thomas Weber
Kardiologische Abteilung
Klinikum Wels-Grieskirchen
A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42
E-Mail: thomas.weber3@liwest.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](#)