

Journal für
Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Editorial: Meine 10 spannendsten

Hochdruckartikel 2009

Slany J

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2010; 14

(1), 5-6

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

Editorial

Meine 10 spannendsten Hochdruckartikel 2009

Anstelle meines Editorials möchte ich Ihnen diesmal 10 Hochdruckpublikationen aus dem Jahr 2009 vorstellen, die nach meiner Überzeugung wesentliche Impulse für das Verständnis und die Therapie der Hochdruckkrankheit geben. Die Auswahl ist zugegebenermaßen subjektiv und alle zitierten Arbeiten haben auch ihre Schwächen. Aber was soll's – ist doch Wissenschaft der gegenwärtige Stand unseres Irrtums.

■ Zurückhaltung bei der Stentung stenosierter Nierenarterien

Bisher hat eine große randomisierte Studie zum Wert der interventionellen Behandlung von arteriosklerotischen Nierenarterienstenosen gefehlt. 806 Patienten wurden zu medikamentöser oder interventioneller Behandlung randomisiert. Im Gegensatz zu früheren kleineren Studien erhielten 95 % einen Stent, ein „Cross over“ war selten. Im Verlauf einer 5-jährigen Nachbeobachtungszeit fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Blutdruckverhalten, renalen oder kardiovaskulären Folgeerkrankungen. Damit ist die Stentung stenosierter Nierenarterien nicht ganz *ad acta* zu legen, wurden doch nur Patienten eingeschlossen, deren behandelnder Arzt unsicher war, ob die Intervention nützlich sein werde, doch ist noch sorgfältigere Selektion als bisher angesagt.

The ASTRAL Investigators. Revascularization versus medical therapy for renal-artery stenosis. N Engl J Med 2009; 361: 1953–62.

■ Tiefe Drucksenkung nützt auch Patienten ohne Diabetes

Durch eine strikte Blutdrucksenkung (Ziel < 130 systolisch) auf durchschnittlich 132/77 mmHg nach 2 Jahren versus 136/79 mmHg in einer Gruppe mit „konventionellem“ Blutdruckziel (< 140 systolisch) wurde die Rate des kombinierten Endpunktes halbiert. Weiter bemerkenswert: Bei einem Ausgangswert von 163/90 mmHg ließ sich bei 72 % der Patienten der systolische Blutdruck < 130 mmHg senken, die Wahl der Medikamente war den Ärzten völlig freigestellt und die stärkere Blutdrucksenkung wurde in erster Linie durch vermehrten Einsatz von Diuretika erreicht.

Verdecchia P et al. Usual versus tight control of systolic blood pressure in non-diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open-label randomised trial. Lancet 2009; 374: 525–33.

■ Allein die Blutdrucksenkung ist entscheidend

In dieser umfassenden Metaanalyse, die insgesamt 464.000 Patienten einschließt, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass alle Klassen von

Antihypertensiva bei gleicher Blutdrucksenkung zu einer vergleichbaren Reduktion von KHK-Ereignissen und Schlaganfällen führen – mit Ausnahme eines kleinen zusätzlichen Effekts von Beta-Blockern im Anschluss an einen Herzinfarkt und von Kalziumantagonisten in der Verhütung von Schlaganfällen.

Law MR et al. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009; 338: b1665.

■ Frühzeitiger Behandlungsbeginn tut not

Zanchetti kommt durch eine eingehende Analyse der großen Landmarkstudien zu dem Schluss, dass nur in Studien mit „Low-risk“-Fällen die Rate schwerwiegender kardiovaskulärer Ereignisse gut (< 3 bis 6 % in 5 Jahren) beeinflusst werden konnte. Bei älteren Patienten oder solchen mit Diabetes oder mit kardiovaskulären Erkrankungen blieb die kardiovaskuläre Ereignisrate im Hochrisikobereich (von 12–14 % in 5 Jahren) trotz intensiver Begleittherapie. Somit sind bei Zuwarten mit der Bekämpfung kardiovaskulärer Risikofaktoren, bis der Patient im Hochrisikobereich gelandet ist, nur mehr bescheidene Erfolge zu erzielen.

Zanchetti A. Bottom blood pressure or bottom cardiovascular risk? How far can cardiovascular risk be reduced? J Hypertens 2009; 27: 1509–20.

■ Wenn weniger mehr ist

Dass wir im Durchschnitt zu viel Kochsalz konsumieren und damit Hochdruck und kardiovaskuläre Erkrankungen begünstigen, ist keine neue Erkenntnis. Das Thema ist aber kaum je umfassender (155 Literaturzitate) und tiefeschürfender dargelegt worden. Genetische und pathophysiologische Grundlagen sind gut abgesichert. Die Korrelation zwischen Salzkonsum und Schlaganfallhäufigkeit schlägt sich im Ländervergleich mit einem überzeugenden $r = 0,83$ nieder, aber wussten Sie, dass die Assoziation zu Magenkrebs mit einem $r = 0,70$ fast ebenso hoch ist? In Japan, Finnland und Großbritannien ist es durch gesundheitspolitische Maßnahmen gelungen, den Salz-



konsum zu reduzieren. Pflichtlektüre für Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J Human Hypertens 2009; 23: 363–84.

■ Stumme zerebrale Schäden

In dieser Studie an Hochdruckpatienten ohne bekannte zerebro- oder kardiovaskuläre Vorerkrankungen wurden häufiger stumme zerebrale Schäden (44 % Hyperintensitäten, Infarkte und oder Mikroblutungen im MRT) als Nierenschäden (26 % Mikroalbuminurie und/oder geschätzte Kreatinin-clearance < 60 ml/min.) oder Linksventrikelhypertrophie (21 %) gefunden. 35 % der Patienten ohne kardiale oder renale Schäden hatten nachweisbar zerebrale Schäden.

Henskens LH et al. Detection of silent cerebrovascular disease refines risk stratification of hypertensive patients. J Hypertens 2009; 27: 846–53.

Dazu passend fanden Rizzoni et al. bei Hypertonikern im gesunden Hirngewebe, das aus der Umgebung von Hirntumoren operativ gewonnen wurde, eine verminderte Dichte kortikaler Mikrogefäße und eine erhöhte Relation von Wanddicke zu Lumen in kleinen zerebralen Widerstandsgefäßen. Die Ergebnisse beider Studien fügen sich nahtlos in frühere Untersuchungsergebnisse, die eine Abnahme der zerebralen Durchblutung und der kognitiven Fähigkeiten schon bei Personen im Hypertoniestadium I festgestellt haben.

Rizzoni D et al. Altered structure of small cerebral arteries in patients with essential hypertension. J Hypertens 2009; 27: 838–45.

■ Auch validierte oszillometrische Messgeräte messen falsch

Über 5000 synchrone Blutdruckmessungen an 755 Patienten ohne Arrhythmien ergaben systolische oder diastolische Abweichungen um mehr

als 10 mmHg (bei mindestens 2 von 3 Serienmessungen) bei 15 % der Messungen mit validierten Oszillometern gegenüber einer mit einem Quecksilbermanometer, bei 4 % wurden solche Differenzen bei 2 oder mehr Visiten festgestellt. **Fazit:** Misstrauen gegenüber elektronischen Blutdruckmessgeräten und gelegentliche Kontrollen mit Quecksilber- oder Anaeroidmanometern sind angezeigt.

Stergiou GS et al. Unreliable oscillometric blood pressure measurement: prevalence, repeatability and characteristics of the phenomenon. J Hum Hypertens 2009; 23: 1–7.

■ Strikte Blutdruckkontrolle bei Kindern mit renaler Hypertonie verzögert Verschlechterung der Nierenfunktion

Siehe Kommentar von Klaus Arbeiter in dieser Ausgabe

■ Bessere Blutdruckeinstellung nicht durch Selbstmessung, nur durch intensiven professionellen Kontakt

Versorgung mit Selbstmessgeräten inklusive Einschulung plus Zugang zu einer Patienten-Website mit Tipps und Informationen erhöhte im Verlauf eines Jahres den Prozentsatz gut eingestellter Hypertoniker gegenüber in der Praxis behandelten nur insignifikant (36 % vs. 31 %), was recht gut in Einklang mit früheren Untersuchungen steht. Selbstmessung plus Betreuung des Patienten durch speziell geschulte klinische Pharmazeuten via Web – anfänglich in 2-wöchigen Intervallen – hingegen erhöhte die Rate gut eingestellter Patienten auf 56 %. Mit SMS-Kontakt funktioniert das auch (persönliche Mitteilung von D. Magometschnigg).

Green BB et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and pharmacist care on hypertension control. A randomized controlled trial. JAMA 2008; 299: 2857–67.

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen

Univ.-Prof. Dr. Jörg Slany

E-Mail: joerg@slany.org

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](#)