

Hypertonie – Leitlinien der deutschen Hypertonieliga

Die Leitlinien der Deutschen Hochdruckliga wurden 2008 verfasst auf dem Boden der aktuellen Leitlinien der European Society of Hypertension (ESH) und der European Society of Cardiology (ESC). Im Mittelpunkt der Empfehlungen steht das kardiovaskuläre Gesamtrisiko des Patienten. Dies ist sowohl bei der Indikation zur Therapie als auch bei der Auswahl der Medikation zu berücksichtigen, wobei auch die Behandlung von älteren Patienten sinnvoll ist.

Der enge lineare Zusammenhang zwischen Höhe des Blutdrucks und kardiovaskulärem Risiko macht jede numerische Definition und Klassifikation der Hypertonie willkürlich. Daher sollte die Hypertonie als Blutdruckhöhe definiert werden, ab welcher Diagnostik und Behandlung für den Patienten von Vorteil sind. Dementsprechend ist ein hoch normaler Blutdruck (Tab. 1) bei Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko bereits als Hypertonie zu bewerten, während er bei Patienten mit einem niedrigen Risikoprofil noch akzeptabel ist.

THERAPIE

Die Leitlinien für den Beginn einer antihypertensiven Behandlung basieren vorwiegend auf zwei Kriterien:

- Der Höhe des systolischen und diastolischen Blutdrucks (Tab. 1)
- Dem kardiovaskulären Gesamtrisiko des Patienten (Abb. 1)

Das Hauptziel bei der Behandlung von Hypertonikern ist die Reduktion des kardiovaskulären Gesamtrisikos. Dies erfordert sowohl die Senkung des Blutdrucks als auch die Therapie aller zusätzlicher Risikofaktoren. Bei allen Hypertonikern sollte

der Blutdruck mindestens auf Werte <140/90 mmHg gesenkt werden. Bei Diabetikern und Hypertonikern mit hohem kardiovaskulären Risiko liegt der Zielwert <130/80. Bei Pati-

enten mit Niereninsuffizienz und einer Proteinurie >1g/d wird ein Zielblutdruck <125/75 mmHg als erforderlich angesehen.

Bei der Therapie kommen fünf Gruppen zum Einsatz: Thiaziddiuretika (ebenso Chlorthalidon und Indapamid), Beta-Blocker, Calciumantagonisten, ACE-Inhibitoren und AT1-Antagonisten. Die Wahl des richtigen Antihypertensivums richtet sich nach den individuellen Besonderheiten des Patienten (Tab. 2). Einmal tägliche Regime sind zu bevorzugen. Die Wirksamkeit sollte durch eine Blutdruckmessung morgens vor der ersten Medikamenteneinnahme oder eine Langzeitmessung kontrolliert werden.

Bei Patienten mit Hypertonie – Grad 2 oder 3 – oder bei einem hohen kardiovaskulären Risiko sollte eine primäre Kombinationstherapie erwogen werden. Bei Hypertonikern mit mäßig erhöhtem Risiko und insbesondere bei älteren Patienten sollte die Blutdrucksenkung schrittweise über mehrere Wochen erfolgen. Bei der Kombinationstherapie haben sich folgende Kombinationen als effizient und gut verträglich herausgestellt:

- Diuretika und ACE-Inhibitoren bzw. AT1-Antagonisten
- Dihydropyridin-Calciumantagonisten und Beta-Blocker
- Calciumantagonisten und ACE-Inhibitoren bzw. AT1-Antagonisten
- Calciumantagonisten und Diuretika
- Beta-Blocker und Diuretika

Kategorie	Systolisch	Diastolisch
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Hoch normal	130-139	85-89
Grad 1 Hypertonie (leicht)	140-159	90-99
Grad 2 Hypertonie (mittelschwer)	160-179	100-109
Grad 3 Hypertonie (schwer)	≥180	≥110
Isolierte systolische Hypertonie	≥140	<90

Tab. 1: Definitionen und Klassifikation der Blutdruckwerte (mmHg)

Andere Risikofaktoren und Krankheitsgeschichte	Normal SBD 120-129 oder DBD 80-84 mmHg	Hoch normal SBD 130-139 oder DBD 85-89 mmHg	Grad 1 SBD 140-159 oder DBD 90-99 mmHg	Grad 2 SBD 160-179 oder DBD 100-109 mmHg	Grad 3 SBD ≥180 oder DBD ≥110 mmHg
Keine anderen Risikofaktoren	Durchschnittliches Risiko	Durchschnittliches Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko
1-2 Risikofaktoren	Leicht erhöhtes Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
3 oder mehr Risikofaktoren oder Endorganschäden oder DM oder MS	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
Klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankung	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko

SBD = systolischer Blutdruck; DBD = diastolischer Blutdruck. Der Begriff „erhöht“ bedeutet, dass das Risiko höher als durchschnittlich ist.
DM = Diabetes mellitus, MS = Metabolisches Syndrom

Abb. 1: Kardiovaskuläres Gesamtrisiko

HIV&more-Aktion „Der ältere HIV-Patient“



Ihre Fragen rund um das Thema „Der ältere Patient“ beantwortet Prof. Georg Behrens von der Medizinischen Hochschule Hannover.

In fünf Jahren wird jeder zweite HIV-Patient über 50 Jahre alt sein. Die Versorgung dieser älteren Patienten ist komplex. Nicht nur bei der HIV-Therapie selbst gibt es Besonderheiten. Ältere Menschen leiden häufiger an Begleiterkrankungen wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfälle, Nierenfunktionsstörungen, Krebserkrankungen usw., wobei die HIV-Infektion und/oder ihre Therapie zusätzliche Risikofaktoren für diese Erkrankungen darstellen. Zudem nehmen ältere Patienten in der Regel mehr Medikamente ein, was das Interaktionspotential erhöht. Die Versorgung älterer HIV-Patienten wirft somit viele Fragen auf. Sie können Ihre Fragen im April 2010 am Telefon oder im Internet Prof. Georg Behrens stellen. Die schriftlichen Anfragen werden innerhalb von 48 Stunden beantwortet und auf der Webseite anonym veröffentlicht.

Telefon-Aktion:
Mittwoch, 14.04.2010
von 17-20 Uhr
Tel. Nr. 0 800 066 1279



Internet-Aktion:
vom 01.-30. April 2010
www.hivandmore.de



Gruppe	Vorteil / einsetzen bei	Nachteil / nicht einsetzen bei
Thiaziddiuretika	Herzinsuffizienz	Hypokaliämie, Hyperurikämie, Diabetes, metabolischem Syndrom
Beta-Blocker	Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen	Asthma bronchiale, AV-Block II oder III, Diabetes mellitus, metabolischem Syndrom
Calciumantagonisten	Stabile Angina pectoris	AV-Block (Nicht-Dihydropyridine), Ödeme (Dihydropyridine), instabile Angina pectoris, akuter Herzinfarkt (erste vier Wochen)
ACE-Inhibitoren	Herzinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt, diabetische Nephropathie	Schwangerschaft, Hyperkaliämie, beidseitigen Nierenarterienstenosen
AT1-Antagonisten	Herzinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt, diabetische Nephropathie, Unverträglichkeit von ACE-Inhibitoren	Schwangerschaft, Hyperkaliämie, beidseitigen Nierenarterienstenosen

Tab. 2: Empfehlungen zum praktischen Vorgehen: Differentialtherapeutische Überlegungen beim Einsatz von Antihypertensiva

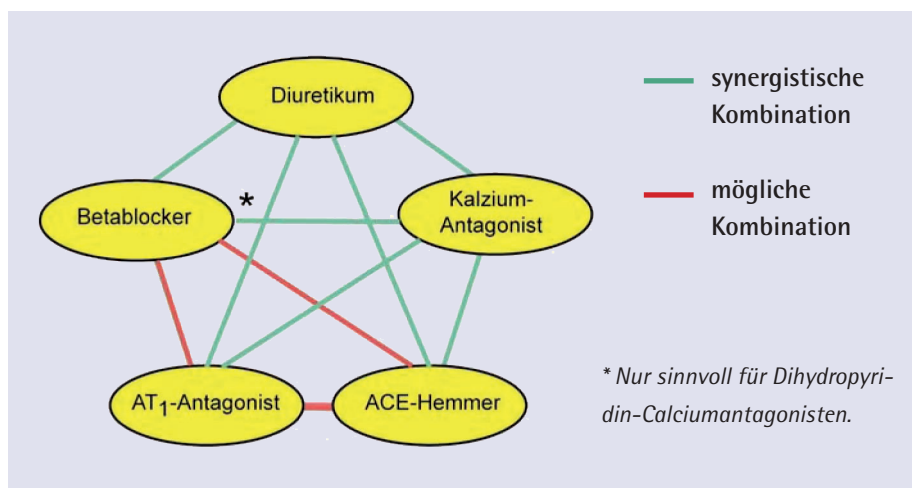


Abb. 2: Kombinationen unterschiedlicher Gruppen von Antihypertensiva.

Synergistische Kombinationen sind durch grüne Linien, mögliche Kombinationen durch rote Linien gekennzeichnet

Für Dreierkombinationen kommen insbesondere in Frage:

- Diuretikum + ACE-Inhibitor + Calcium-Antagonist
- Diuretikum + AT₁-Antagonist + Calcium-Antagonist
- Diuretikum + Beta-Blocker + Vasodilatator*
- Diuretikum + zentrales Antisymphathikotonikum + Vasodilatator*
- hier subsummiert: Calciumantagonisten, ACE-Hemmer, AT₁-Antagonisten, Alpha 1-Blocker, Dihydralazin

ÄLTERE PATIENTEN

Auch bei Patienten über 60 Jahre vermindert die Behandlung der systolisch/diastolen sowie der isoliert systolischen Hypertonie die Gesamtletalität deutlich. Der Zielblutdruck liegt (wie bei Jüngeren) bei <140/90 mmHg, bei über 80jährigen bei <150/80 mmHg. Die Blutdrucksenkung sollte langsam erfolgen wegen der erhöhten Gefahr von Nebenwirkungen, insbesondere von orthostatischem Blutdruckabfall.

■ RP