DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 41, S. 75; Ausgabe 10 / 2007

Isoliert systolische Hypertonie bei älteren Menschen sollte behandelt wer

Unter der Rubrik „Clinical Practice" brachte das N. Engl. J. Med. kürzlich einen Artikel zum Thema isoliert systolische Hypertonie aus der Feder von A.V. Chobanian aus Boston (1). Behandelnden Ärzten ist oft nicht bewusst, dass auch eine isoliert systolische Hypertonie (ISH, systolischer RR > 140 mm Hg bei diastolischem RR 90 mm Hg) das Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt und Herzinsuffizienz erhöht. Das Problem wird oft nicht ernst genommen, weil mehr als die Hälfte der Menschen über 60 Jahre eine ISH oder eine kombiniert systolische/diastolische Hypertonie haben. Sehr oft wird die Diagnose nicht gestellt und/oder die Hypertonie nicht behandelt. Über das Antihypertensivum, das als erstes angewandt werden sollte, besteht keine Einigkeit. Einzelheiten sind aus Anlass des IQWiG-Vorberichts zur Behandlung der Hypertonie eingehend diskutiert worden (9). Im Gegensatz zu früheren Lehren ist die Höhe des systolischen Blutdrucks bei älteren Menschen für die Inzidenz kardiovaskulärer und renaler Komplikationen wichtiger als der diastolische (2). Eine ISH ist meist durch den Elastizitätsverlust der großen Arterien (durch vermehrte Einlagerung von Kalzium, vermehrtes Bindegewebe und Verlust an Elastinfasern) bedingt, jedoch muss differentialdiagnostisch an eine Hyperthyreose, eine Aortenklappeninsuffizienz und andere, seltene Krankheiten gedacht werden.

Überzeugende Indikationen für die Behandlung einer ISH (nicht in jedem Fall mit Medikamenten) ergeben sich aus umfangreichen plazebokontrollierten Therapiestudien. Im „Systolic Hypertension in the Elderly Program" von 4,5 Jahren Interventionsdauer wurde mit dem Thiaziddiuretikum Chlorthalidon (und eventuell später zusätzlich Atenolol) bei älteren Menschen mit einem RR von ≥ 160 mm Hg systolisch und 90 mm Hg diastolisch die Inzidenz von Schlaganfällen im Vergleich mit Plazebo um 36%, von manifester KHK um 27% und von Herzinsuffizienz um 55% gesenkt (3). Ähnlich waren die Ergebnisse zweier Studien mit dem Kalziumantagonisten Nitrendipin (und eventuell später zusätzlich einem Thiazid und/oder einem ACE-Hemmer; 4, 5). Das absolute Risiko für Schlaganfälle allein verminderte sich durch die Therapie mit dem Thiazid von 1,64% auf 1,04% pro Jahr (3), in den Nitrendipin-Studien von 1,37% auf 0,79% pro Jahr (4) bzw. von 2,08% auf 1,38% pro Jahr (5).

Behandelnde Ärzte sollten deshalb das Problem ISH ernst nehmen und ihre Patienten zu einer Therapie motivieren, die meist nebenwirkungsarm ist. Die Art der Therapie unterscheidet sich nicht von derjenigen der kombiniert systolischen/diastolischen Hypertonie bei älteren Menschen. Hierzu bringt die referierte Arbeit (1) einen ganzseitigen Algorithmus, dessen Botschaften aber auch mit Worten gut zusammengefasst werden können. Er weicht etwas von den europäischen Empfehlungen ab. Hierzulande wird die Behandlungsindikation vom Gesamtrisiko abhängig gemacht, nicht nur von den Blutdruckwerten, und die Pharmakotherapie wird etwas zurückhaltender gehandhabt (7-9). Trotzdem sind die Ausführungen interessant. Wiederholung ist die Mutter der Wissenschaft.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Nach der klinischen Untersuchung und Labordiagnostik (z.B. Serum-Kalium und Serum-Kreatinin, Urinstatus, TSH) sollte durch häufige Messungen die durchschnittliche Blutdruckhöhe ermittelt und eventuelle Ko-Morbiditäten in Betracht gezogen werden.

Bei einer ISH mit systolischen RR-Werten von 140-159 mm Hg sollte zunächst versucht werden, wenn angemessen, durch Änderungen des Lebensstils (Gewichtsabnahme, mehr Bewegung, weniger Kochsalz und Alkohol, gesünderes Essen etc.) den Blutdruck zu senken. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, was oft der Fall ist, sollte (gegebenenfalls abhängig vom Gesamtrisiko, s.o.!) ein Thiaziddiuretikum, alternativ ein Kalziumantagonist, ein ACE-Hemmer oder ein Sartan, eher selten ein Betablocker, verordnet werden. Um Hypokaliämien zu vermeiden, die zur Blutzuckererhöhung führen können, empfehlen wir (der AMB) bei Diuretikum-Monotherapie oder bei Kombination mit einem Kalziumantagonisten die Zugabe von Amilorid oder Triamteren, d.h. ein Kombinationsdiuretikum (6).

Bei systolischen RR-Werten > 160 mm Hg sollte (nach Meinung Chobanians) gleich mit Antihypertensiva zusätzlich zu Lebensstil-Empfehlungen begonnen werden. Hierzulande ist die unbedingte Indikation zur Pharmakotherapie erst bei 180 mm Hg gegeben. Man sollte den Patienten die Risiken nennen und dann mitentscheiden lassen. Bei geringem Effekt auf den systolischen Blutdruck kann früh zu einer niedrig dosierten Kombinationstherapie (z.B. Kombinations-Diuretikum plus Kalziumantagonist oder 12,5 mg Hydrochlorothiazid plus ACE-Hemmer oder Sartan) übergegangen werden. Reagiert der systolische Blutdruck nicht oder kaum auf Antihypertensiva, kann dies in seltenen Fällen auch an der Starre der Armarterien liegen, wobei mit der Riva-Rocci-Methode am Arm zu hohe Drucke gemessen werden. In solchen Fällen kann es notwendig sein, Patienten an eine Spezialabteilung zum Vergleich des intraarteriellen mit dem am Arm indirekt gemessenen Blutdruck zu überweisen.

Bei Patienten mit Ko-Morbiditäten (Herzinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus) ist die antihypertensive Therapie gemäß den Therapierichtlinien für diese Erkrankungen zu modifizieren.

Therapieziel ist ein Blutdruck 140/90 mm Hg und bei Diabetikern oder Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz 130/80 mm Hg.

Fazit: Ein erhöhter systolischer Blutdruck ist als Ursache kardiovaskulärer Komplikationen ernst zu nehmen. Interventionsstudien mit Diuretika oder Kalziumantagonisten bei älteren Menschen mit isoliert systolischer Hypertonie ergaben eine deutliche Reduzierung von Schlaganfällen, KHK und Herzinsuffizienz. Hieraus ergibt sich die Therapieindikation.

Literatur

1. Chobanian, A.V.: N. Engl. J. Med. 2007, **357**, 789. Link zur Quelle
2. Izzo, J.L., et al.: Hypertension 2000, **35**, 1021. Link zur Quelle
3. SHEP (**S**ystolic **H**ypertension in the **E**lderly **P**rogram): JAMA 1991, **265**, 3255 Link zur Quelle ; s.a. AMB 1997, **31**, 61. Link zur Quelle
4. Staessen, J.A., et al.: Lancet 1997, **350**, 757. Link zur Quelle
5. Liu, L., et al.: J. Hypertens. 1998, **16**, 1823. Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

6. AMB 2007, **41**, 21. Link zur Quelle
7. PROCAM Risiko Score: Link zur Quelle
8. Arterielle Hypertonie. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2. Aufl. 2004.
9. AMB 2007, **41**, 27. Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.