

Neue Empfehlungen zur Behandlung der arteriellen Hypertonie

Kürzlich ist der 7. Report des US Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) erschienen (1). Über den Vorgänger-Report (JNC VI) haben wir 1997 ausführlich berichtet (2). In der Zwischenzeit sind mehrere wichtige klinische Studien zur Behandlung der Hypertonie und zu Erkrankungen, die sie häufig begleiten (Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, apoplektischer Insult) publiziert worden (Literaturübersicht in Tab. 1 und 2), so daß die älteren Richtlinien überarbeitet werden mußten. Zudem hat der JNC 7 die Blutdruckwerte zur Definition der Hypertonie und zur Behandlungsindikation etwas modifiziert. Es wird für Blutdruckwerte von systolisch 120-139 mm Hg und diastolisch 80-89 mm Hg der Begriff *Prähypertonie* eingeführt, weil Menschen in dieser Blutdruckgruppe ein doppelt so hohes Risiko haben, später hypertensiv zu werden als Menschen mit normalem Blutdruck (120/80 mm Hg). Zudem erklären die Autoren, erzieherisch daraufhin wirken zu wollen, daß Patienten mit Hypertonie in den USA (und auch in anderen Ländern) früher entdeckt und intensiver behandelt werden. Eine Indikation zur Pharmakotherapie besteht bei Prähypertonie zwar nicht, jedoch sollten Begleiterkrankungen mit dem Risiko zur Entwicklung einer Arteriosklerose durch Modifikation des Lebensstils (s. Tab. 1) und gegebenenfalls zusätzlich medikamentös behandelt werden. Die Stadien bzw. Grade II und III der Hypertonie werden jetzt zusammengefaßt, weil die Therapie gleich ist.

Großer Wert wird erneut auf die blutdrucksenkende Wirkung nichtpharmakologischer Maßnahmen (Lifestyle modifications) gelegt (s. Tab. 1), die sich außerdem auch günstig auf arteriosklerotisch bedingte oder ebenfalls zur Arteriosklerose führende Begleitkrankheiten auswirken. In der Pharmakotherapie stärkt der JNC 7 die Empfehlung für den primären Einsatz der Diuretika vom Thiazid-Typ, speziell bei Hypertonie Grad I („for most patients“), aber auch im Rahmen einer Zweifachkombination bei Grad II („usually thiazide-type diuretic“; s. Abb. 1). Hier sind besonders die Ergebnisse von ALLHAT eingeflossen – ungeachtet der teilweise ungerechtfertigten und vermutlich durch die Industrie gesteuerten Kritik am Design und an der Interpretation der Studie; wir haben darüber eingehend berichtet (3). Die empfohlenen Indikationen der anderen zahlreichen Antihypertensiva richten sich sehr stark nach ihren günstigen Wirkungen bei Begleiterkrankungen der Hypertonie, wie sie in der Zwischenzeit in vielen großen Studien nachgewiesen sind („compelling indication“; s. Tab. 2). Der JNC 7 begründet seine Empfehlungen recht überzeugend, verweist aber auf die große Verantwortung des behandelnden Arztes bei den therapeutischen Entscheidungen.

Empfehlungen und Richtlinien können auch hier nur einen Rahmen stecken. Es ist die Aufgabe des Arztes, bei der großen Zahl der angebotenen blutdrucksenkenden Medikamente die für seinen

Patienten individuell sinnvollsten auszuwählen, sie nebenwirkungsarm zu dosieren und gegebenenfalls zu kombinieren. Der optimal „eingestellte“ Blutdruck ist somit ein Gemeinschaftswerk von Arzt und Patient, die beide über erwünschte und unerwünschte Wirkungen und eventuell notwendige Änderungen der Therapie im Gespräch bleiben müssen. Gelingt dies, kann ein zufriedener Patient mit Eugen Roth sagen:

Obzwar wir sonst es gar nicht schätzen,

wenn andre uns heruntersetzen,

so sind wir doch dem Arzte gut,

der solches mit dem Blutdruck tut.

Literatur

1. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: JAMA [2003, 289, 2560](#).
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: Arch. Intern. Med. [1997, 157, 2413](#); s.a. [AMB 1998, 32, 33](#).
3. ALLHAT (= **A**ntihypertensive and **L**ipid-**L**owering Treatment to Prevent **H**eart **A**ttack **T**rial): JAMA [2002, 288, 2981](#); s.a. [AMB 2003, 37, 12](#).
4. TOHP-II = **T**rial **O**f Hypertension **P**revention-II: Arch. Intern. Med. [1997, 157, 657](#).
5. He, J., et al.: Hypertension [2000, 35, 544](#).
6. Sacks, F.M., et al. (DASH = **D**ietary **A**pproaches to **S**top Hypertension): N. Engl. J. Med. [2001, 344, 3](#); s.a. [AMB 1997, 31, 53a](#) und [1998, 32, 33](#).
7. Vollmer, W.M., et al.: Ann. Intern. Med. [2001, 135, 1019](#).
8. Choubanian, A.V., und Hill, M.: Hypertension [2000, 35, 858](#).
9. Kelley, G.A., und Kelley, K.S.: Hypertension [2000, 35, 838](#).
10. Whelton, S.P., et al.: Ann. Intern. Med. [2002, 136, 493](#).
11. Xin, X., et al.: Hypertension [2001, 38, 1112](#).
12. Hunt, S.A., et al.: J. Am. Coll. Cardiol. [2001, 38, 2101](#).
13. Tepper, D.: Congest. Heart Fail. [1999, 5, 184](#).
14. Packer, M., et al.: N. Engl. J. Med. [2001, 344, 1651](#).
15. Lechat, P., et al.: CIBIS-II = **C**ardiac **I**nsufficiency **B**isoprolol **S**tudy: Lancet [1999, 353, 9](#); s.a. [AMB 1999, 33, 21](#).
16. SOLVD = **S**tudies **O**f **L**eft **V**entricular **D**ysfunction: N. Engl. J. Med. [1991, 325, 293](#).
17. AIRE = **A**cute **I**nfarction **R**amipril **E**fficacy study: Lancet [1993, 342, 821](#).
18. Kober, L., et al. (TRACE = **T**RAndolapril **C**ardiac **E**valuation): N. Engl. J. Med. [1995, 333, 1670](#); s.a. [AMB 2003, 37, 33](#).
19. Cohn, J.N., et al. (Val-HeFT = **V**ALsartan **H**Eart **F**ailure **T**rial): N. Engl. J. Med. [2001, 345, 1667](#); s.a. [AMB 2001, 35, 73](#) und [2002, 36, 19](#).
20. Pitt, B., et al. (RALES = **R**andomized **A**ldactone **E**valuation Study): N. Engl. J. Med. [1999, 341, 709](#); s.a. [AMB 1999, 33, 83](#) und [2003, 37, 35](#).

21. Braunwald, E., et al.: J. Am. Coll. Cardiol. [2002, 40, 1366](#).
22. BHAT = **B**eta-blocker **H**eart **A**ttack **T**rial: JAMA [1982, 247, 1707](#).
23. Hager, W.D., et al. (SAVE = **S**urvival **A**nd **V**entricular **E**nlargement study): Am. Heart J. [1998, 135, 406](#); s.a. AMB 1996, **30**, 21 und [2003, 37, 33](#).
24. CAPRICORN = Carvedilol postinfarct survival control in LV dysfunction: Lancet [2001, 357, 1385](#); s.a. [AMB 2002, 36, 72](#).
25. Pitt, B., et al. (EPHESUS = **E**plerenone **P**ost-acute myocardial infarction **H**eart failure **E**fficacy and **S**urvival **S**tudy): N. Engl. J. Med. [2003, 348, 1309](#); s.a. [AMB 2003, 37, 35](#).
26. HOPE = **H**eart **O**utcomes and **P**revention **E**valuation study: N. Engl. J. Med. [2000, 342, 145](#); s.a. [AMB 2000, 34, 14](#).
27. Wing, L.M.H., et al. (ANBP-2 = **A**ustralian **N**ational **B**lood **P**ressure trial-2): N. Engl. J. Med. [2003, 348, 583](#).
28. Dahlof, B., et al. (LIFE = **L**osartan **I**ntervention **F**or **E**ndpoints reduction in hypertension): Lancet [2002, 359, 995](#); s.a. [AMB 2001, 35, 73](#).
29. Black, H.R., et al. (CONVINCE = **C**ontrolled-**O**nset **V**erapamil **I**nvestigation of **C**ardiovascular **E**ndpoints): JAMA [2003, 289, 2073](#).
30. American Diabetes Association: Diabetes Care [2003, 26 Suppl.1, S80](#).
31. National Kidney Disease Outcome Quality Initiative: Am. J. Kidney Dis. [2002, 39 Suppl. 2, S1](#).
32. UKPDS 39 = **U**K **P**rospective **D**iabetes **S**tudy 39: Brit. Med. J. [1998, 317, 713](#); s.a. [AMB 1998, 32, 76a](#).
33. Lewis, E.J., et al.: N. Engl. J. Med. [1993, 329, 1456](#).
34. Brenner, B.M., et al. (RENAAL = **R**eduction of **E**ndpoints in **N**on-insulin-dependent diabetes mellitus with **A**ngiotensin-**I**I-**A**ntagonist **L**osartan): N. Engl. J. Med. [2001, 345, 861](#); s.a. [AMB 2001, 35, 73](#) und [2002, 36, 1](#).
35. Lewis, E.J., et al. (IDNT = **I**rbesartan **D**iabetic **N**ephropathy **T**rial): N. Engl. J. Med. [2001, 345, 851](#); s.a. [AMB 2001, 35, 73](#); [2002, 36, 1](#).
36. REIN = **R**amipril **E**fficacy **I**n **N**ephropathy: Lancet [1997, 349, 1857](#); s.a. [AMB 2003, 37, 13b](#).
37. Wright, J.T., et al. (AASK = **A**frican-**A**merican **S**tudy of **K**idney disease and hypertension): Arch. Intern. Med. [2002, 162, 1636](#).
38. PROGRESS = **P**erindopril **p**ROtection a**G**ainst **R**Ecurrent **S**troke **S**tudy: Lancet [2001, 358, 1033](#).

Tabelle 2
Bevorzugte Indikationen von Antihypertensiva bei Begleiterkrankungen.
Evidenz aus Studien (nach 1)

Begleiterkrankheiten mit hohem Risiko und spez. Behandlungsindikationen	Empfohlene Substanzen zur antihypertensiven Therapie						Klinische Studien, Literatur
	Diuretikum	Beta-Blocker	ACE-Hemmer	AT-II-Blocker	Kalzium-antagonist	Aldosteron-Antagonist	
Herzinsuffizienz	●	●	●	●		●	12-20
Zustand nach Myokardinfarkt		●	●			●	21-25
Hohes Risiko für KHK	●	●	●		●		3; 26-29
Diabetes mellitus	●	●	●	●	●		3; 30-32
Chronische Nierenkrankheit			●	●			31; 33-37
Sekundärpräev. nach Apoplex	●		●				38