

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

im Kardiobrief 12/2015 haben wir die SPRINT-Studie kritisch diskutiert, die 120 mmHg als neuen systolischen Zielblutdruckwert propagiert hat. Wir haben prophezeit, dass dies Änderungen auf die Hypertonie-Leitlinien haben wird, und dies ist in Amerika auch tatsächlich bald geschehen mit erwartungsgemäß strengeren RR-Zielwerten. Durch die neue amerikanische Definition, mit der ein Hypertonus ab 130/80 mmHg beginnt, ist auch die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) unter Zugzwang gesetzt worden. Mit Spannung haben wir deshalb die neue ESC-Hypertonie-Leitlinie erwartet. Nun ist sie da – und einerseits sind die Europäer standhaft geblieben (RR-Werte zwischen 130-140/80-90 mmHg gelten nach wie vor als hochnormal), andererseits hat die SPRINT-Studie jedoch auch in Europa Spuren hinterlassen – mit strengeren Werten beim älteren Patienten und beim Diabetiker. Die wesentlichen Änderungen im Vergleich zur alten Leitlinie sind nachfolgend schlaglichtartig zusammengefasst.

Wie immer mit herzlichen kollegialen Grüßen aus Ruit
Ihr Christian Herdeg

DAS INTERESSANTE THEMA

UPDATE ESC-HYPERTONIE-LEITLINIE: WAS IST NEU?

- » Stärkung der RR-Eigenmessung und der ambulanten 24h-RR-Messung zur Diagnosestellung. Zunehmend kritische Rolle des „office“-RR (Weißkittelhypertonus?).
- » Initiales Screening beinhaltet 12-Kanal-EKG, Kreatinin im Serum, GFR, Albumin/Kreatinin-Ratio im Urin und Fundoskopie.
- » Endorganschaden? Am wichtigsten ist die linksventrikuläre Hypertrophie. ECHO!
- » Therapiebeginn jetzt bei allen Grad I-Hypertoniern (140-159 mmHg syst. und/oder 90-99 mmHg diast.), wenn Lebensstil-Interventionen nach 3-6 Monaten erfolglos bleiben.
- » Bei Patienten mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko (z. B. KHK) evtl. bereits bei hochnormalen Blutdruckwerten (135–139/85–89 mmHg) mit einer medikamentösen antihypertensiven Therapie beginnen.
- » Therapieziel jetzt bei allen (auch den älteren!) Patienten: <140/90 mmHg. Bei sehr alten Patienten Therapiebeginn erst bei >160 mmHg syst.
- » Wird die Therapie vertragen: dann weiter senken auf 130/80 mmHg.
- » Beim Diabetiker noch strenger! – Allerdings sollen 120 mmHg nicht unterschritten werden. U-förmige „outcome“-Kurve.
- » Medikamentöse Therapie beginnen als duale Therapie. Am besten als Fixkombination (Therapieadhärenz).
- » Bevorzugte Substanzen: ACE-Hemmer oder Sartan plus Kalziumantagonist und/oder Thiazid-Diuretikum.
- » Betablocker nur bei speziellen klinischen Situationen (insbesondere bei KHK oder zur Rhythmus-/Frequenz-Kontrolle).
- » Keine Scheu vor der Abklärung sekundärer Hypertonieformen (vgl. Kardiobrief 04/2017): am wichtigsten sind der primäre Aldosteronismus, die parenchymatösen und vaskulären Nierenerkrankungen und das obstruktive Schlafapnoesyndrom.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislaufkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450
E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de
24H SERVICE TELEFON 0711 / 4488-11455

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern