

Neues zur Hochdrucktherapie

Die Bevölkerung wird älter und damit steigt die Prävalenz der Hypertonie insbesondere bei Personen mit metabolischem Syndrom. Über 80% aller Personen, die über 80 Jahre alt werden, entwickeln eine Hypertonie. Von Übergewichtigen mit einem mittleren Blutdruck im hochnormalem Bereich (130-139/85-89 mmHg) entwickeln in den folgenden 5-10 Jahren etwa 50% eine manifeste Hypertonie. Daten aus der letzten Zeit zeigen, dass eine „gesunde Diät“ und eine Verminderung der täglichen Kochsalzmenge unter 6 g (in der Regel 8-10 g in Bayern) zusammen den Blutdruck um 5-15 mmHg senken und das Auftreten einer Hypertonie verhindern. Wenn man die Ergebnisse der Studien zur salzarmen Diät zusammenfasst, dann findet man auch, dass mit einer solchen Diät nicht nur der Blutdruck sinkt, sondern auch (im Vergleich zu einer normalen Diät) die kardiovaskulären Ereignisse vermindert werden. Die überragende Bedeutung von Änderungen des Lebensstils zur Verhinderung bzw. der Behandlung einer Hypertonie im Stad. I (milde Hypertonie) ist vielfach belegt. Außerdem haben die meisten Patienten mit Hypertonie ein Stadium I und wären damit alleine mit Änderung des Lebensstils ausreichend zu behandeln. Die Realität ist allerdings, dass das mittel- bis langfristige Durchhalten einer solchen nicht-medikamentösen Therapie oft misslingt, Deswegen sind Untersuchungen zur medikamentösen Behandlung weiterhin von Bedeutung. Wichtig ist aus 2008 eine Untersuchung die untersucht hat, ob die Behandlung einer Hypertonie mit systolischen Blutdruckwerten von 160-200 mmHg bei über 80-jährigen Vorteile bietet (HYVETH-Studie). Überraschend wurde gefunden, dass die Behandlung sehr wirksam war mit einer signifikanten Reduktion der Mortalität, des Apoplexes und einer Herzinsuffizienz mit einem Verlauf von weniger als 4 Jahren. Der Zielblutdruck war hier unter 150/80 und nicht die üblichen unter 140 mmHg systolisch. Eine weitere Überraschung war die ACCOMPLISH - Studie, die bei Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko und Hypertonie die Kombination Benazepril und Amlodipin verglich mit Benazepril und Hydrochlorothiazid (ACE Hemmer mit Kalziumantagonisten oder mit Diuretikum). Bei gleicher Senkung des Blutdrucks von Werten um 145 systolisch auf etwa 130 mmHg in beiden Gruppen, gab es doch erhebliche Vorteile für die Kombination mit Amlodipin. Der primäre Endpunkt war die Kombination aus Herzinfarkt, Apoplex, kardiovaskulärem Tod und koronare Revaskularisation. Die Studie hat auch den 24h-Blutdruck überprüft, der ebenfalls zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich war, so dass die Daten sehr solide aussehen. Bei solch niedrigen Blutdruckwerten taucht die Frage auf, ob ein Zielblutdruck von unter 140 mmHg systolisch, der so in den Leitlinien definiert ist, optimal ist. Vor ein paar Wochen wurde die (KARDIO-SIS-Studie) veröffentlicht, in der ein Zielblutdruck von unter 140 bzw. unter 130 mmHg verglichen wurde, allerdings nicht mit kardiovaskulären Endpunkten, sondern nur mit linksventrikulärer Hypertrophie als Endpunkt. Der niedrigere Zielblutdruck war hier tatsächlich effektiver. Eine weitere Studie untersuchte die Wirkung von Spironolacton bei über 1000 Patienten mit therapieresistenter Hypertonie. Die Patienten waren vorher in einem gezielten Programm (ASCOT-Studie) mit stufenweiser Behandlung mit mindestens 3 Antihypertensiva therapiert worden. Von den insgesamt 19.000 Patienten waren es etwas über 1000, bei denen der Blutdruck nicht normalisiert wurde. In der letzteren Gruppe lag der Blutdruck bei 157/85 und konnte mit Spironolacton um 22/10 mmHg gesenkt werden. Bei 6% traten Nebenwirkungen auf (Hyperkaliämie oder Gynäkomastie). Nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob bei Patienten mit metabolischem Syndrom Thiazid-Diuretika als Monotherapie eingesetzt werden können. Diese Medikamente fördern im geringen Maß das Auftreten eines Diabetes. Über einen Verlauf von etwa 8 Jahren (ALLHAT-Studie) ist diese ungünstige metabolische Wirkung allerdings nicht verbunden mit vermehrten kardiovaskulären Ereignissen. Längerfristige Ergebnisse sind unbekannt. In Anbetracht der Ergebnisse der ACCOMPLISH-Studie wird man damit bei Patienten mit einer wahrscheinlichen Lebenszeit von 10 Jahren und darüber Diuretika in der Monotherapie bei der jetzigen Datenlage meiden.