

PRAKTISCHE KARDIOLOGIE – JOURNAL BY FAX

In Zusammenarbeit mit dem Bundesverband
Niedergelassener Kardiologen



Redaktion: D. Jesinghaus, Saarbrücken; I. Kruck, Ludwigsburg, F. Sonntag, Henstedt-Ulzburg; J.-H. Wirtz, Dinslaken; N. Wittlich, Mainz; R. Zimmermann, Pforzheim **Für den BNK:** N. Smetak, Kirchheim (Erster Bundesvorsitzender); F. de Haan, Solingen
Für die Inhalte der Artikel ist der jeweilige Autor verantwortlich.

Die Maskierte Hypertonie hat das höchste Risiko

Martin Middeke
München

In einer aktuellen Kohortenstudie (N= 63.910 Patienten) aus 223 spanischen Praxen¹ wurden beim Vergleich der ambulanten Blutdruck-Langzeitmessung (ABDM) mit der Praxismessung des Blutdruckes 8,4 % Patienten mit unentdeckter oder unzureichend behandelter, maskierter Hypertonie identifiziert. Diese Hypertonieform hatte das höchste Mortalitätsrisiko (HR 2,92 und 1,89) verglichen mit den anderen Blutdruck-Konstellationen (u.a. manifeste Hypertonie in Praxis und ABDM (HR 2,36 unkontrolliert und 1,90 kontrolliert) oder nur Praxishypertonie (HR 2,24 bzw. 1,30). Die Untersuchung unterstreicht einmal mehr die Bedeutung der optimalen Blutdruckmessung mit den modernsten Methoden zur korrekten Klassifizierung der Hypertonieform und zur individuellen Charakterisierung der Bluthrucksituation des einzelnen Patienten als Grundvoraussetzung für jede therapeutische Entscheidung. Eine nur punktuelle Betrachtung des Blutdruckes in der Praxis/Klinik ohne Berücksichtigung der Blutdruckvariabilität, des Tag-Nacht-Rhythmus und der Hypertonieform ist nicht mehr adäquat. Das Phänomen der sog. Praxis- oder Weißkittelhypertonie ist inzwischen wohl bekannt. Das Gegenstück wird als maskierte Hypertonie bezeichnet; diese wird bisher aber leider gar nicht bzw. viel zu wenig beachtet und diagnostiziert.

Die maskierte Hypertonie ist definiert als eine Hypertonieform mit normalen Blutdruckwerten in der Praxis/Klinik und erhöhten Werten im Alltag außerhalb der Praxis/Klinik in der ABDM oder in der Selbstmessung⁵. Die maskierte Hypertonie tritt bei unbehandelten Patienten auf, betrifft aber auch Hypertoniker unter antihypertensiver Therapie⁵. Bekanntermaßen führt die alleinige Verwendung der konventionellen Blutdruckmessung in der Praxis bei einer Reihe von Patienten zu einer Unter- oder Überschätzung der Blutdruckwerte unter Alltagsbedingungen. Mit der ABDM kann z.B. eine Praxishypertonie ausgeschlossen werden und die maskierte Hypertonie demaskiert werden. So wurde in der deutschen Pharaos-Studie die maskierte Hypertonie bereits vor 10 Jahren in einem

Kollektiv von tausend Patienten mit hoch normalem Blutdruck beschrieben². Die europäischen Leitlinien empfehlen ausdrücklich die Durchführung der ABDM zum Ausschluss einer Praxishypertonie und zur Erkennung einer maskierten Hypertonie⁵. Die maskierte Hypertonie wird häufiger bei Männern beobachtet in Verbindung mit Lebensstilfaktoren (Raucher, Alkoholkonsum, Übergewicht) und psychosozialen Stressfaktoren⁵.

Die maskierte Hypertonie ist die klassische Form einer Stress-induzierten Hypertonie mit erhöhtem Blutdruck im Arbeitsalltag unter hoher Stressbelastung bei normalen Blutdruckwerten in der Praxis in Ruhe und auch unter standardisierter Belastung. So kann ein wichtiger kausaler Faktor der primären Hypertonie aufgedeckt werden.

Die Stress-induzierte Hypertonie findet in der täglichen Praxis noch zu wenig Beachtung bzw. wird nicht als solche charakterisiert und beschrieben. Neben der Anamnese zur Erfassung der psychosozialen und mentalen Stresssituation bedarf es der optimalen Charakterisierung der betroffenen Patienten mit allen verfügbaren Blutdruck-Messverfahren (ABDM, Ergometrie, evtl. Selbstmessung). Nur so kann eine Stress-induzierte Hypertonie wie die maskierte Hypertonie aufgedeckt werden. Die deutsche STARLET-Studie hat die Zusammenhänge zwischen Hypertonie am Arbeitsplatz und Stressbelastung in einer großen Studie in verschiedenen Betrieben bereits vor 12 Jahren sehr gut beschrieben³.

Das kardiovaskuläre Risiko der maskierten Hypertonie ist sehr hoch, wie die aktuelle Untersuchung zeigt¹. Ursächlich hierfür ist sehr wahrscheinlich, dass die maskierte Hypertonie länger unentdeckt bleibt und daher bereits hypertensive Schäden verursacht hat⁴. Daraus ergibt sich die zwingende Behandlungsindikation. Die antihypertensive Behandlung unterscheidet sich nicht von der einer klassischen manifesten Hypertonie⁵. Hierbei haben Verfahren zur Stressreduktion (Stressbewältigung, Entspannung, körperliches Training, kognitive

Umstrukturierung, Biofeedback u.a.) einen wichtigen Stellenwert im Katalog der nicht medikamentösen Maßnahmen zur Blutdrucksenkung.

Fazit

- Bei Patienten mit typischen hypertensiven Organschäden wie Vorhofflimmern, Vorhofdilatation, linksventrikulärer Hypertrophie, Fundus hypertonicus o.a. muss trotz normaler Blutdruckwerte in der Praxis/Klinik eine maskierte Hypertonie vermutet werden und mittels ABDM demaskiert werden.
- Die maskierte Hypertonie ist oft eine typische Stress-induzierte Hypertonie und im Kontext der persönlichen Lebensumstände und der Arbeitssituation als solche zu charakterisieren.
- Wie die aktuelle Untersuchung aus Spanien zeigt ist die maskierte Hypertonie mit dem höchsten Mortalitätsrisiko verbunden im Vergleich zu anderen Hypertonieformen.
- Daher ist die antihypertensive Therapie zwingend notwendig, insbesondere wenn bereits hypertensive Organschäden vorliegen.

Literatur

1. Banegas JR, Ruilope LM, de la Sierra A et al. Relationship between Clinic and Ambulatory Blood-Pressure Measurement and Mortality. N Engl J Med 2018;378:1509-20
2. Lüders S, Schrader J, Berger J, Unger T, Zidek W, Böhm M, Middeke M et al. (2008) PHARAO study group. J Hypertens 26(7): 1487-96
3. Lüders S, Hammernsen F, Kulschewski A et al. (2006) Stressassoziierte Hypertonie am Arbeitsplatz – Ergebnisse des STARLET-Projekts. Dtsch Med Wochenschr 131: 2580-85
4. Middeke M, Goss F (2014) Maskierte Stress-induzierte arterielle Hypertonie. Dtsch Med Wochenschr 139: 2447-50
5. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 31: 1281–1357

Implicor® Procoralan® =BiPreterax® N TRIVERAM® VIACORAM®

Servier. Für eine Zukunft mit Herz.

Ein wissenschaftlicher Service von:
Servier Deutschland GmbH
Elsenheimerstraße 53 | 80687 München

www.servier.de
Fax: 089 570 95 126
E-Mail: info-de@servier.com

Amtsgericht München HRB 105 119
Geschäftsführer: Christian Bazantay