ARTERIELLE HYPERTONIE

Das Leid mit den Leitlinien

Analyse der neuen US-amerikanischen Hypertonie-Leitlinie: Jede Kategorisierung und Grenzziehung bedeutet eine willkürliche Simplifizierung.

Wenn die US-Amerikaner neue Leitlinien verkünden, findet das stets auch diesseits des Atlantiks große Beachtung, und die neuen Empfehlungen erreichen sogar die Laienpresse – in verkürzter und meist unqualifizierter Form. Dies gilt besonders, wenn neue Grenzwerte oder Zielwerte propagiert werden, wie nun geschehen von der American Heart Association (AHA) und der American College of Cardiology (ACC). Die unkritische Verbreitung hat jetzt schon zu erheblicher Verwirrung in der Bevölkerung und der Ärzteschaft geführt.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 NOVEMBER 26, 2015 VOL. 373 NO. 22

A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control

The SPRINT Research Group*

ABSTRACT

BACKGROUND

The most appropriate targets for systolic blood pressure to reduce card… morbidity and mortality among persons without diabetes remain…

METHODS

We randomly assig…

Als die SPRINT-Studie 2015 veröffentlicht wurde, sprach man von einem neuen Standard der Blutdrucktherapie. In den nachfolgenden Jahren aber mehrten sich Kritikpunkte, die insbesondere die Methodik betreffen.

Primär gilt es zu bedenken, dass jedwede Grenzwertdefinition in der Medizin mehr oder weniger willkürlich ist. Dies gilt im Besonderen für die arterielle Hypertonie. Und neue (niedrigere) Zielwerte für die antihypertensive Therapie bedürfen einer besonders strengen Prüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses. Die neuen amerikanischen Leitlinien müssen daher sehr kritisch bewertet werden. Es gibt einige Lichtblicke, aber auch viel Schatten. Es bleibt daher spannend, wie demnächst die neuen europäischen Leitlinien aussehen werden. Die Deutsche Hochdruckliga DHL®/Hypertoniegesellschaft hat sich aktuell sehr vernünftig positioniert (1).

Aktuelle Hypertoniedefinition – der systolische Blutdruckbereich von 120–130 mmHg wurde bisher als Prähypertonie (prehypertension) oder etwas unglücklicher noch als hoch normaler Blutdruck bezeichnet. Die Amerikaner haben diesen Begriff nun fallen lassen und sprechen bereits von manifester Hypertonie ab 120/80 mmHg und bezeichnen den Bereich 130–139/80–89 als Grad 1 Hypertonie und > 140/90 als Grad 2 (2). Damit werden zusätzlich viele Millionen Amerikaner ad hoc zu Hypertonikern. Ein Blutdruck in dem Bereich 120–130 mmHg ist doch zunächst nur eine Regulationsstörung und noch keine Krankheit; wir sollten uns davor hüten, diese Kategorisierung unkritisch zu übernehmen. Tatsächlich beginnt das mit dem Blutdruck verbundene Risiko bereits ab circa 115/75 mmHg und steigt dann exponentiell an. Es gibt aber keinen sprunghaften Anstieg des Risikos ab einem bestimmten Schwellenwert.

Daher bedeutet jede Kategorisierung und Grenzziehung eine willkürliche Simplifzierung. Die Epidemiologen tun sich hier leicht und brauchen dieses Vorgehen. Tatsächlich ist der Erstautor der neuen Leitlinie, PK Whelton, ein Epidemiologe. In den Niederungen der praktischen Medizin sind wir Ärzte gefordert, die epidemiologischen Vorgaben den individuellen Gegebenheiten unserer Patienten anzupassen, und hier kann kein absoluter Grenzwert und kein starrer Zielblutdruck für alle gleich gelten.

Neuer Zielblutdruck – es war zu erwarten dass die Amerikaner nach SPRINT (3), den Zielblutdruck niedriger ansetzen. Sie haben sich aber nicht getraut, die 120 mmHg aus der insbesondere in Europa umstrittenen SPRINT-Studie zu übernehmen, sondern haben mit 130/80 mmHg einen akzeptablen Kompromiss gefunden. Die Kritik an SPRINT hinsichtlich des Designs und der Messmethode ist auch im *Deutschen Ärzteblatt* bereits mehrfach erfolgt (4, 5).

Es ist sehr wichtig, der Bevölkerung und den Patienten zu vermitteln, dass ein aus epidemiologischer Sicht optimaler Blutdruck von < 120/< 80 mmHg auch nach SPRINT nicht gleichbedeutend ist mit einem optimalen Zielblutdruck in diesen Bereich unter antihypertensiver Therapie. Diese Differenzierung ist auch bisher zu wenig beachtet worden. Die Amerikaner betonen den Vorrang der nicht medikamentösen Maßnahmen bei Grad 1 Hypertonie (s.o.), empfehlen aber eine medikamentöse antihypertensive Therapie bei Werten ab 130/80 mmHg für die sekundäre Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Patienten mit klinisch manifester kardiovaskulärer Erkrankung und als Primärprävention für Patienten ab einem 10-Jahre-Risiko für arteriosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen von 10 %.

Der Risiko-Score steigt überwiegend mit dem Alter, und neuere Studien sprechen für einen niedrigeren Zielblutdruck auch für ältere Patienten. Der Zielwert von < 130 mmHg systolisch auch für über 65-jährige „ambulante“ Patienten ist allerdings sehr scharf formuliert. Zu wenig Beachtung findet bisher der Ausgangsblutdruck für die Festlegung des individuellen Zielwertes unter Therapie beziehungsweise die anzustrebende Blutdruckdifferenz insbesondere für ältere Patienten (6).

Blutdruckmessung – die oben genannten Werte beziehen sich auf die konventionelle Praxismessung. Erfreulich ist, dass auch die Amerikaner nun den hohen Stellenwert der ambulanten 24-h-Blutdruckmessung (ABDM) betonen. Allerdings ist die Tabelle mit den Corresponding Values in ihren Leitlinien nicht ganz korrekt. Im unteren Blutdruckbereich sind die ambulanten Werte etwas höher als die Praxiswerte in Ruhe, weil hier zahlreiche Einflüsse aus dem Alltag hinzukommen. So korrespondiert ein Praxisblutdruck von 120 mmHg systolisch mit einem Tagesmittelwert von 126 mmHg. Dies ist von großer Bedeutung, will man die Grenz- und Zielwerte der konventionellen Messung in die ABDM übersetzen. Hierzu hat es bereits in den 1990er-Jahren wegweisende Untersuchungen in Deutschland gegeben (7).

Schließlich war es die Deutsche Hochdruckliga, die als weltweit erste Fachgesellschaft bereits 1980 Empfehlungen zur ABDM im Hinblick auf methodische Aspekte, diagnostische und therapeutische Indikationen sowie zur prognostischen Bedeutung veröffentlicht hat (8). Die von uns empfohlenen Normwerte für die Tag- und Nachtmittelwerte und die Nachtabsenkung wurden international übernommen und gelten heute noch.

Maskierte Hypertonie – erfreulich ist, dass die Bedeutung der sog. maskierten Hypertonie nun auch in den amerikanischen Leitlinien betont wird. 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 ambulanten Blutdruck-Langzeitmessung (ABDM) oder in der Selbstmessung (8). Sie ist das Gegenstück zur Praxishypertonie. Die maskierte Hypertonie tritt bei unbehandelten Patienten auf, betrifft aber auch Hypertoniker unter antihypertensiver Therapie. In der deutschen Pharao-Studie war die maskierte Hypertonie mit 35 % doppelt so häufig wie die Praxishypertonie mit 16 % in einem Kollektiv von 1 008 Patienten mit hoch normalem Blutdruck (10).

Die maskierte Hypertonie ist oft eine typische stressinduzierte Hypertonie und das Risiko entspricht dem der manifesten Hypertonie (8). Die maskierte stressinduzierte Hypertonie findet in der täglichen Praxis noch zu wenig Beachtung bzw. wird nicht als solche charakterisiert und beschrieben. Daran denken sollte man stets, wenn bereits hypertensive Organschäden vorliegen (linksventrikuläre Hypertrophie, Vorhofflimmern, Fundus hypertonicus usw.), der Blutdruck in der Praxis/Klinik aber im Normbereich liegt.

Zentraler aortaler Blutdruck – hierzu findet man bei den Amerikanern leider gar nichts. Da sind die (alten) ESH-Leitlinien schon sehr viel weiter und heben die Bedeutung der Pulswellenanalyse zur Messung der Pulswellengeschwindigkeit als Biomarker der Gefäß-elastizität beziehungsweise -steifigkeit und zur nichtinvasiven Ermittlung des zentralen aortalen Blutdruckes als wichtigen Parameter bei bestimmten Patientengruppen hervor (9).

Unabdingbar ist die zusätzliche Ermittlung des aortalen Blutdruckes bei der gutartigen juvenilen ISH (isolierte systolische Hypertonie), um die betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor einer unnötigen antihypertensiven Therapie zu bewahren. Meist handelt es sich um große, schlanke und sportliche junge Männer mit normalem aortalen Blutdruck und erhöhten systolischen Werten bei der konventionellen brachialen Messung aufgrund der erhöhten Amplifikation des systolischen Drucks von zentral nach peripher bei sehr elastischen Gefäßen und erhöhtem Schlagvolumen (11).

Telemedizin – die Bedeutung neuer telemedizinischer Interventionen wird erstmalig in den amerikanischen Leitlinien angesprochen. Metaanalysen konnten zeigen, dass mittels Blutdruck-Telemonitoring eine bessere Blutdruckeinstellung gelang im Vergleich zur Selbstmessung ohne Teletransmission der Blutdruckwerte aus dem Alltag und im Vergleich mit der konventionellen Behandlung in der Praxis.

Antihypertensiva – die Amerikaner bezeichnen die Betablocker weiterhin nur als zweite Wahl. Das ist weiterhin der entscheidende Unterschied zu den europäischen Leitlinien. Erste Wahl sind wie bei uns ACE-Hemmer, Sartane, Diuretika und Kalziumantagonisten. Betablocker werden in Deutschland bevorzugt und sogar mit steigender Tendenz eingesetzt (12), obwohl sie in der Primärprävention den anderen Substanzklassen unterlegen sind (z. B. in der Reduktion von Schlaganfällen). Das ist der Grund dafür, dass sie in den amerikanischen und anderen internationalen Leitlinien schon länger nicht mehr als Antihypertensiva der ersten Kategorie empfohlen werden. Hier wäre ein Umdenken im Verordnungsverhalten bei uns wünschenswert, um die Erfolge der antihypertensiven Therapie weiter zu steigern.

Die renale Denervation wird von den Amerikanern wegen mangelnder Effektivität in 2 kontrollierten Studien als Therapieoption bei resistenter Hypertonie abgelehnt.

Deutsche Empfehlungen – die Deutsche Hochdruckliga/Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention hat aktuell für den Zielblutdruck einen Korridor von 125–134 mmHg systolisch empfohlen, in Abhängigkeit vom kardiovaskulären Risiko, und < 85 mmHg für den diastolischen Blutdruck, auf Basis der konventionellen Praxismessung (im Sitzen nach 5 Minuten Ruhe, mindestens 2 Messungen im Abstand von 1 Minute mit Angabe des niedrigeren Wertes), sowie die Bedeutung der ABDM (Ambulante Blutdruck-Langzeitmessung) betont (www.hochdruckliga.de) (1). Damit wird der Individualisierung der antihypertensiven Therapie besser Rechnung getragen. ■

Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München HZM
Excellence Centre of the European Society of Hypertension (ESH), Herzzentrum Alter Hof München

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dieser Artikel unterliegt nicht dem PEER-Review-Verfahren

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit4917
oder über QR-Code.

ZUSATZMATERIAL HEFT 49/2017, ZU:

ARTERIELLE HYPERTONIE

Das Leid mit den Leitlinien

Analyse der neuen US-amerikanischen Hypertonie-Leitlinie: Jede Kategorisierung und Grenzziehung bedeutet eine willkürliche Simplifzierung.

LITERATUR

1. Krämer BK, Hausberg M, Sanner B et al.: Blutdruckmessung und Zielblutdruck. Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL/Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention. Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: 1446–7.
2. Whelton PK et al.: Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension. 2017 Nov 13. pii: HYP.0000000000000066. doi: 10.1161/HYP.
3. The SPRINT research group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015; 373: 2103–16.
4. Middeke M: HOCHDRUCKTHERAPIE: Auf die Details kommt es an. Dtsch Ärztebl 2016; Heft 10: A434–35.
5. Düsing R, Middeke M: Neuer Zündstoff für die Kontroverse. Dtsch Ärztebl 2016; 113 (48): 2210–11.
6. Düsing R: Therapieziele bei der Hypertoniebehandlung. Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: 14020–29.
7. Baumgart P, Walger P, Jürgens U, Rahn KH: Reference data for ambulatory blood pressure monitoring: what results are equivalent to the established limits of office blood pressure? Klin Wochenschr 1990; 68: 723–7.
8. Anlauf M, Baumgart P, 1. Gotzen Franz R, Krönig B, Meyer-Sabellek W, Middeke M, Schrader J, Schulte K-L, Weber F. Statement on ambulatory blood pressure monitoring by the German Hypertension League. Blood Pressure Measurement Section of the Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V. J Hum Hypertens 1995 (9): 777–9.
9. 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 2013; 31: 1281–357.
10. Lüders S, Schrader J, Berger J, Unger T, Zidek W, Böhm M, Middeke M et al.: PHARAO study group. J Hypertens 2008 Jul; 26 (7):1487–96.
11. O'Rourke MF, Adji A: Guidelines on guidelines: focus on isolated systolic hypertension in youth. J Hypertens. 2013; 31: 649–54.
12. Sarganas G, Knopf H, Grams D, Neuhauser HK: Trends in Antihypertensive Medication Use and Blood Pressure Control Among Adults With Hypertension in Germany. Am J Hyp 2015; doi:10.1093/ajh/hpv067ode.