

Ambulante Therapie meist ausreichend

Die Leitlinien empfehlen, bei einer hypertensiven Krise innerhalb von 24–48 Stunden eine Normotension wiederherzustellen. Dennoch werden betroffene Patienten oft in Notfallpraxen oder klinischen Notaufnahmen behandelt, manche auch stationär aufgenommen. Ob das mit besseren Ergebnissen als bei hausärztlicher Behandlung einhergeht, ist unbekannt.

Teilnehmer dieser retrospektiven Kohortenstudie waren Patienten, die sich in Cleveland zwischen 2008 und 2013 wegen einer hypertensiven Krise behandeln lie-

ßen. Als primärer Endpunkt galt eine Kombination kardiovaskulärer Ereignisse:

- ▶ akutes Koronarsyndrom
- ▶ (transitorischer) zerebraler Insult

- ▶ persistierender Hypertonus
- ▶ stationäre Behandlung

Ausgewertet wurden Daten von 58535 Patienten mit hypertensiver Krise. Das mittlere Alter dieser zu 57,7% weiblichen Gruppe betrug 63,1 Jahre, der mittlere BMI 31,1 und der mittlere Blutdruck 182,5/96,4 mmHg. Die Prävalenz hypertensiver Krisen lag bei 4,6%.

Durch Propensity Score Matching verglichen die Autoren den Verlauf von 852 ambulant behandelten Patienten mit dem von 426 stationär Behandelten. Dabei ergaben sich je 0 vs. 2 kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb von 7 Tagen sowie 8–30 Tage später. Dies ergab keinen signifikanten Unterschied ($p=0,11$ jeweils). Innerhalb von 6 Monaten traten bei den ambulant behandelten Patienten 8 kardiovaskuläre Ereignisse vs. 4 bei den initial stationär Behandelten auf ($p>0,99$). Bei ambulant behandelten Patienten fand sich nach einem Monat häufiger (86,3 vs. 81,9%; $p=0,04$) ein unkontrollierter Hypertonus, während nach 6 Monaten kein signifikanter Unterschied mehr bestand (64,6 vs. 66,6%; $p=0,56$). Ambulant behandelte Patienten wurden auch im weiteren Verlauf seltener stationär behandelt (4,7 vs. 8,2%; $p=0,01$ innerhalb von 7 Tagen; 6,9 vs. 11,3%; $p=0,009$ zwischen dem 8. und 30. Tag).

Kardiovaskuläre Komplikation waren bei ansonsten beschwerdefreien Patienten selten. Die Behandlung in einer Notaufnahme hing im weiteren Verlauf mit häufigerer stationärer Behandlung, aber nicht mit besseren Ergebnissen zusammen. Auch 6 Monate später wies die Mehrzahl der Patienten noch einen unkontrollierten Hypertonus auf. Eine verbesserte medizinische Nachbetreuung nach hypertensiven Krisen wäre daher anzustreben, so die Autoren.

Dr. med. Peter Pommer, Pfronten
DOI 10.1055/s-0042-115392
Krishna et al. Characteristics and ...
JAMA Intern Med 2016; 176: 981–988

Kommentar aus der Praxis



Prof. Dr. med.
Martin Middeke

Eine „entgleiste“ Hypertonie ist auch bei uns in Deutschland eine der häufigsten Gründe für eine stationäre Aufnahme. Für die Mehrzahl der Patienten besteht allerdings gar keine Indikation für eine stationäre Behandlung. Eine hypertensive Krise ist charakterisiert durch eine starke Blutdruckerhöhung. Sie bedarf entsprechend den Leitlinien keiner stationären Behandlung, da es sich bei der Krise ohne akute Organschädigung oder schwere Funktionseinschränkung um keinen Notfall handelt und eine ambulante Behandlung ausreicht.

Die amerikanische Studie zeigt sehr deutlich, dass die stationäre Behandlung zu keinem besseren Ergebnis führt und Komplikationen selten sind. Leider wird im Alltag oft nicht zwischen hypertensiver Krise (hypertensive urgency) und hypertensivem Notfall (hypertensive emergency) differenziert. Beim hypertensiven Notfall besteht ein schwerer und meist plötzlich einsetzender kritischer Blutdruckanstieg mit lebensbedrohlichen Komplikationen und progredienten Organschäden und Funktionseinschränkungen. Sehr häufig

sind akute zerebrale und zerebrovaskuläre Ereignisse und Funktionseinschränkungen, ein akutes Koronarsyndrom, eine akute Linksherzinsuffizienz oder eine akute Niereninsuffizienz. Die Notfallsituation wird nicht durch die absolute Blutdruckhöhe bestimmt, sondern durch die akute klinische Situation mit zunehmender Organschädigung. Daher ist beim hypertensiven Notfall eine sofortige Blutdrucksenkung notwendig, um weitere Schäden am Gefäß- und Organsystemen zu verhindern. Patienten mit einem hypertensiven Notfall sollten intensiv behandelt und überwacht werden. Dagegen kann eine rasche unnötige Blutdrucksenkung bei der hypertensiven Krise zu unkontrolliertem Blutdruckabfall mit der Gefahr einer zerebralen oder kardialen Ischämie führen. Eine Blutdrucknormalisierung ist nicht zwin-

„Krise und Notfall differenzieren“

gend in jedem Fall notwendig. Oft reicht die erneute Verabreichung der bereits bei vorbestehender Hypertonie verordneten Dauermedikation. Wichtig sind Nachmessungen in entspannter Situation. Die Krise ist sehr viel häufiger als der Notfall. Viele unnötige stationäre Behandlungen könnten durch eine entsprechende Differenzierung vermieden werden.

Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München, Excellence Centre of the European Society of Hypertension ESH

Interessenkonflikte

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.