Therapierefraktäre und sekundäre arterielle Hypertonie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die erste Ausgabe von „Der Internist“ im neuen Jahr widmet sich dem Thema der arteriellen Hypertonie. Da es sich um einen sehr umfangreichen und klinisch relevanten Themenkomplex handelt, war eine Bearbeitung in einem Internisten-Heft nach unserer Vorstellung nicht möglich. Die Herausgeber sind deshalb mit der Chefredaktion übereingekommen, im Jahr 2009 gleich 2 Hefte des Internisten dem Thema der Hypertonie zu widmen. Den Anfang macht das vorliegende Heft über therapierefraktäre Hypertonie und sekundäre Hypertonieformen. Der Fokus des 2. Hefts wird auf den hypertensiven Organkomplikationen und der Pharmakotherapie der Hypertonie liegen. Es wird im April als Schwerpunktheft zum 115. Internistenkongress erscheinen, herausgegeben vom Tagungspräsidenten Prof. Rainer E. Kolloch.

Im Jahr 2006 hat das Britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Leitlinien zum „management of hypertension in adults in primary care“ [1] herausgegeben. 2007 folgte die European Society of Hypertension und die European Society of Cardiology mit viel beachteten und diskutierten neuen Leitlinien für die Behandlung der arteriellen Hypertonie [3]. Zum 01.06.2008 ließ nun die Deutsche Hochdruckliga eine aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie veröffentlichen [2], die sich an den Guidelines der

European Society of Hypertension orientiert. Gemeinsam ist allen 3 Leitlinien, dass dem Thema der therapierefraktären Hypertonie und ihren sekundären Ursachen nur sehr geringer Raum eingeräumt wird. So umfasst der entsprechende Abschnitt in der DHL-Leitlinie 1 von 99 Seiten. Dies mag einerseits an der Zielgruppe der Leitlinien liegen, die sich in erster Linie an Allgemeinmediziner richtet, andererseits an der relativen Seltenheit sekundärer Ursachen. Die Relevanz sekundärer Ursachen darf allerdings auf keinen Fall unterschätzt werden. Nach neueren Untersuchungen ist die therapierefraktäre Hypertonie, definiert als Nichterreichen des Zielblutdrucks von <140/90 mmHg trotz Behandlung mit 3 ausreichend dosierten Antihypertensiva inklusive eines Diuretikums, von quantitativ zunehmender Bedeutung: etwa 4% aller Hypertoniker in allgemeinmedizinischen Praxen weisen eine Therapierefraktanz auf. In Hypertonie-Spezialambulanzen liegt diese Zahl naturgemäß deutlich höher bei bis zu 15%.

➤ **Therapierefraktäre Hypertonie ist definiert als Nichterreichen des Zielblutdrucks von <140/90 trotz Behandlung mit 3 ausreichend dosierten Antihypertensiva inkl. eines Diuretikums**

In der einleitenden Arbeit dieses Hefts wird ein Überblick über die vorhandene

ne Literatur zu Epidemiologie und Ätiologie der therapierefraktären Hypertonie gegeben. Ursächlich müssen hier zunächst vor allem die „Klassiker“ der scheinbaren Therapierefraktanz ausgeschlossen werden: Patienten-Noncompliance, inadäquate Blutdrucktherapie und Weißkittelhypertonie. Der echten Therapierefraktanz liegt häufig ein deutliches Übergewicht, ein höheres Lebensalter, ein Schlafapnoesyndrom, eine Niereninsuffizienz oder Medikamenteninterferenzen zugrunde.

Der Artikel von Eric Born-Frontsberg und Marcus Quinkler stellt die aktuelle Literatur zum primären Hyperaldosteronismus zusammen. Der häufig normokaliämische M. Conn ist nach neueren Untersuchungen mit einer Prävalenz von 12% in spezialisierten Hypertonieambulanzen [4] eine der häufigsten sekundären Hypertonieursachen. In Deutschland könnten rechnerisch bis zu 2,5 Mio. Menschen durch einen primären Hyperaldosteronismus betroffen sein. Hauptproblem bleibt das Fehlen einer einfachen und zuverlässigen Screeninguntersuchung, mit der dieses Krankheitsbild mit vertretbaren Kosten und ausreichender Spezifität diagnostiziert werden kann.

Die Arbeit von Reisch et al. beschäftigt sich mit dem Phäochromozytom, welches aufgrund seines variablen klinischen Erscheinungsbilds und der unbehandelt deletären Kreislaufkomplikationen immer noch eine Herausforderung in Diagnostik und Therapie darstellt. Neu ist, dass bei einem Viertel aller Phäochromozytoma-

tienten Keimbahnmutationen vorliegen. Deshalb sollte auch bei scheinbar sporadischen Tumoren eine risikoadaptierte Mutationsanalyse durchgeführt werden.

Die Häufigkeit eines Cushing-Syndroms als Ursache einer Hypertonie ist sehr gering und wird mit maximal 0,2% angegeben. Allerdings muss bei Vorliegen einer therapieresistenten Hypertonie immer ein Cushing-Syndrom durch sorgfältige klinische Untersuchung und ggf. biochemische Testung ausgeschlossen werden. Wie dieses zu erfolgen hat, wird in der Arbeit von Dodt et al. in diesem Heft dargestellt.

Der letzte Beitrag in diesem Heft von A. Voiculescu und L.C. Rump befasst sich mit der Diagnostik und Therapie der Nierenarterienstenose. Drei prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien konnten bisher keine eindeutige Überlegenheit einer Intervention mittels Ballondilatation zur Beseitigung der Stenose im Vergleich zu einem konservativ-medikamentösen Vorgehen hinsichtlich Blutdruckkontrolle oder kardiovaskulärer Endpunkte zeigen. Die geeigneten Patienten für eine Katheterintervention müssen deshalb sehr sorgfältig selektioniert werden.

Zusammengefasst hoffen wir Ihnen mit diesem Heft einen aktuellen und praxisrelevanten Überblick über dieses spannende Gebiet der Hypertoniediagnostik und -therapie verschaffen zu können.

Prof. Martin Reincke

Prof. Hendrik Lehnert

Prof. Rainer E. Kolloch

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Reincke
Medizinische Klinik Innenstadt,
Klinikum der Universität München
Ziemssenstraße 1, 80336 München
Martin.Reincke@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. (2007) Summary of the 2007 European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) guidelines for the management of arterial hypertension. *Vasc Health Risk Manag* 3: 783–795
2. <http://www.hochdruckliga.info>
3. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG034NICEguideline.pdf>
4. Rossi GP, Bernini G, Desideri G et al. (2006) Renal damage in primary aldosteronism: results of the PAPY study. *Hypertension* 48: 232–238

Ausschreibung: Wilhelm P. Winterstein-Preis 2009 der Deutschen Herzstiftung e.V.

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2009 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10 000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsbereich.

Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht überschreiten und in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden sein. Ihr ist eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf sind in dreifacher Ausfertigung bis spätestens 23. Februar 2009 (Poststempel) zu senden an: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Sind Co-Autoren an der Arbeit beteiligt, ist deren Einverständniserklärung zur Bewerbung sowie Angaben über deren jeweilige Arbeitsanteile beizufügen.

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung im Juni 2009 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten über Christine Koch unter der Telefonnummer (069) 95 51 28-128 oder der Homepage www.herzstiftung.de der Deutschen Herzstiftung zu entnehmen.

Quelle: Deutsche Herzstiftung (Frankfurt/Main).