Heiße Hochdruck-Diskussion

Welcher Zielwert soll's denn nun sein?

Folgen auf das strenge Regime in der Hochdrucktherapie der vergangenen Jahre nun eher lockere Zeiten? Die Diskussion um die Zielwerte der Hochdrucktherapie reißt jedenfalls nicht ab.

Bezweifelt wird seit einigen Jahren, ob die teils strengen Zielvorgaben für einzelne Patientengruppen in der Hochdrucktherapie aufrechterhalten werden sollten. Beispielsweise nennt die gültige Leitlinie der Deutschen Hochdruckliga für hypertone Diabetiker ein Blutdruckziel von unter 130/80 mmHg.

Weniger Strenge für Diabetiker

Diese Leitlinie ist freilich vier Jahre alt. Um Aktualität bemüht, hat die Hochdruckliga der Leitlinie Ende vergangenen Jahres ein Addendum angefügt. Darin bewerten die Ligaexperten die neuen Entwicklungen in der Hochdrucktherapie. Was das Ziel für Diabetiker anlangt, kommen sie darin zu dem

Schluss: „Es herrscht Einigkeit darüber, dass der bislang empfohlene Zielblutdruck von unter 130/80 mmHg bei Diabetikern mit Hypertonie nicht ausreichend evidenzbasiert ist.“

Verwiesen wird dabei unter anderem auf die ACCORD-Studie, deren auf die Blutdruckeinstellung bezogene Ergebnisse seit 2010 auf dem Tisch liegen. Das Auftreten des primären Endpunktes (nicht tödlicher Schlaganfall oder Herzinfarkt, kardiovaskulär bedingter Tod) unterschied sich in ACCORD nicht signifikant je nachdem, ob der systolische Zielerdruck unter 140 oder unter 120 mmHg gelegen hatte. „Der Zielblutdruck sollte 130–140/80–85 mmHg sein. Eine genauere Definition des Zielblutdrucks, auch im Vergleich zu nicht diabetischen Hypertonikern, wird weitere Studien erfordern“, so die Hochdruckliga.

Der Strom publizierter Studien und Reviews, die sich mit dem Problem befassen, reißt indessen nicht ab. In der Fachzeitschrift „Der Internist“ hat sich nun eine Gruppe um Prof. Hermann Haller von der

Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zu Wort gemeldet¹. Auch die Hypertonieexperten der MHH raten von allzu ehrgeizigen Zielen in der Therapie ab. Alle wichtigen Interventionsstudien hätten gezeigt, dass systolische Druckwerte unter 130 mmHg hypertonen Diabetikern keinen Zusatznutzen brächten. Allenfalls niereninsuffiziente Patienten könnten von so niedrigen Werten profitieren.

J-Kurven-Effekt gefährdet KHK-Patienten

Und schlimmer noch: Besteht zusätzlich eine KHK, kann es zum J-Kurven-Phänomen kommen. Niedrigere Blutdruckwerte gehen dann mit höherer Sterblichkeit einher. Haller und seine Kollegen ziehen die Studie ONTARGET als Beispiel heran. „In dieser Studie zeigte sich eine Zunahme der kardiovaskulären Mortalität bei systolischen Blutdruckwerten unter 120 mmHg“, schreiben sie.

Den Kern des Problems trifft die Frage, die Haller und seine Mitarbeiter im Untertitel ihrer Untersuchung gestellt haben: „Kann medikamentöse Prävention übertrieben werden?“ Das wüsste auch die Deutsche Hochdruckliga gern. Sie arbeitet derzeit an neuen Leitlinien, erscheinen sollen sie Mitte nächsten Jahres. Die European Society of Hypertension und das American College of Cardiology sind ebenfalls dabei, neue Leitlinien zu formulieren. Evidenzbasierte Zielwerte für Subgruppen von Hypertonikern wie Diabetiker und Patienten mit einer Niereninsuffizienz werden dabei von großer Bedeutung sein. (Robert Bublak)

¹ Internist 2012; DOI: 10.1007/s00108-012-3071-0

Ohne Kitleffekt ... Helferin misst besser

Misst nicht der Arzt selbst, sondern eine Schwester oder Helferin den Blutdruck eines Patienten, kommt es seltener zum Weißkittel-Effekt. Das haben Forscher vom Peninsula College of Medicine in Exeter anhand einer Metaanalyse herausgefunden. Die Resultate stellten sie Ende April auf dem Jahrestreffen der European Society of Hypertension vor. Im Vergleich zur Messung durch den Arzt fielen die systolischen Werte im

Durchschnitt rund 9 mmHg und die diastolischen etwa 5 mmHg niedriger aus, wenn die Assistentin die Manschette aufgepumpt hatte. Die Prävalenz der Weißkittel-Hypertonie wird in der Literatur mit 15–30% angegeben. Im Durchschnitt soll der Unterschied zwischen den Praxis- und den selbstgemessenen Werten bzw. den 24-Stunden-Werten bei 10/5 mmHg liegen. (rb)

Clark CE et al, Diabet Med 2011, 28:250