Prof. Dr. med. Peter Trenkwalder
Chefarzt der Medizinischen Klinik
Klinikum Starnberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender der Deutschen
Hochdruckliga (DHL)

Bluthochdruck

39 Hypertonie und Nierenerkrankungen

42 Hypertonie und Typ-2-Diabetes

Interdisziplinäre Hochdrucktherapie

Der Hausarzt hält die Fäden in der Hand

— Die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Hochdruckliga (DHL) am 10. und 11. November wird gemeinsam mit der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) durchgeführt. Beide Tagungspräsidenten, Prof. Hausberg und Prof. Krämer, sind dies aber auch bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Die einen werden sagen: „Typische akademische Ämterhäufung“. Ich halte dagegen: „Endlich eine Chance, diese Disziplinen wieder einmal zusammenzubringen“ – zum Wohle der Patienten und zur effizienten Abstimmung der optimalen Behandlung.

Hypertensiologie und Nephrologie sind eng miteinander verbunden. Walter Zidek (Beitrag ab S. 39) weist einleitend zu recht darauf hin, dass „die Niere Täter und Opfer sein kann“. Eine Nierenerkrankung führt häufig zur Hypertonie oder deren Verschlechterung, umgekehrt ist ein erhöhter Blutdruck ein eindeutiger Risikofaktor für die Entstehung oder Verschlechterung einer Niereninsuffizienz.

**Der
Hypertensiologe
als Diener
verschiedener
Disziplinen: ein
Vorteil für den
Patienten!**

Unstrittig ist heute der Zielblutdruck bei Patienten mit Niereninsuffizienz und Proteinurie: Nach der AASK-Studie (Beitrag Zidek) ist ein Blutdruck < 130/80 mmHg anzustreben. Interessanterweise bringt hier die viel zitierte SPRINT-Studie [1] keine neuen Erkenntnisse: Die intensivere Blutdrucksenkung – auf einen Zielwert < 120 mmHg systolisch – zeigte bei chronischer Nierenerkrankung keinen Vorteil hinsichtlich der Nierenfunktionsverschlechterung, sehr wohl aber hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse und Mortalität. Behandelt werden sollte mit einem Blocker des Renin-Angiotensin-Systems (RAS), wobei auch Zidek nochmals auf die etwas bessere Datenlage für ACE-Hemmer (im Vergleich zu Sartanen) hinweist.

Und der Typ-2-Diabetes! Hypertonie und Diabetes sind wirklich „bad companions“, was Kristian Rett in seinem Beitrag (ab S. 42) liebevoll mit „üble Gesellen“ übersetzt. Ich plädiere eher für das „mörderische Duo“.

In der Diabetologie liegt der Fortschritt der letzten Jahre in zahlreichen Endpunktstudien mit neuen oralen Antidiabetika. Endlich sind die „Dickmacher“, die Sulfonylharnstoffe, out: Eine positive Wirkung auf harte Endpunkte hatten diese Substanzen nie gezeigt. Neben Metformin etablieren sich die DDP4-Hemmer, die SGLT2-Hemmer und die GLP1-Agonisten. Rett erinnert zurecht an den erfolgreichen multimodalen Therapieansatz der STENO-2-Studie. Mehrere Faktoren zu verbessern sichert hier auch nach 21 Jahren den Therapieerfolg! Interessant ist der Vorschlag von Rett, mit einer Kombination aus RAS-Blockade und SGLT2-Hemmung den glomerulären Filtrationsdruck effektiv zu senken und damit auch eine neue Stufe der renalen Protektion bei Typ-2-Diabetes zu erreichen.

Fazit: Gemeinsame Tagungen von Fachgesellschaften sind für alle Seiten befruchtend. Für mich ist der Hypertensiologe als Diener verschiedener Fachdisziplinen ein Vorteil für den Patienten. ■

→ Literatur

1. The SPRINT Research Group. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015;373:2103–2116