wenn man die Kontraindikationen berücksichtigt“, so Benetos. Besonders vorteilhaft sind aber Kalziumantagonisten und Diuretika. So ließ sich in der HY-VET-Studie mit einem Kalziumantagonist der Blutdruck der über 80-jährigen Patienten mit isolierter systolischer Hy-

pertonie im Mittel von 170 auf 140 mmHg und das Risiko für Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Tod signifikant senken. Die Substanzauswahl sollte sich an den Begleiterkrankungen orientieren. Bei COPD sind Kalziumantagonisten sinnvoll, bei Diabetes, Nieren- oder

Herzinsuffizienz sind dagegen RAAS-Blocker Mittel der ersten Wahl. Als Kombinationspartner bieten sich Kalziumantagonisten oder Diuretika an. Bei Herzinsuffizienz sollte auf Betablocker nicht verzichtet werden, Diuretika sind hier oft obligat.
Dr. med. Peter Stiefelhagen

Gibt es eine „weibliche“ Hypertonie?

Frauenherzen schlagen bekanntlich anders. Aber gibt es auch bei der Hypertonie geschlechtsspezifische Aspekte, die für die Therapie relevant sind?

Geschlecht und Hypertonie – „das Genderthema ist in den letzten Jahren zu einem interessanten Gegenstand klinischer Forschung geworden“, so Alexandra Konradi, St. Petersburg. Grundsätzlich seien geschlechtsspezifische Unterschiede bei Epidemiologie, Risikofaktoren, Endorganschäden, Ansprechen auf Antihypertensiva und Adhärenz denkbar. Dabei könnten Faktoren wie die höhere Lebenserwartung der Frauen, Risikofaktoren, vor allem Übergewicht, und insbesondere die hormonelle Situation eine Rolle spielen. Im Vordergrund aber stehe die Frage, ob eine geschlechtsspezifische Differentialtherapie sinnvoll oder sogar nötig sei und ob beim Zielblutdruck differenziert werden müsse.

Die Häufigkeit der Hypertonie ist bei Männern und Frauen insgesamt etwa gleich und liegt bei 40 bis 50 %. „Es gibt zwar ethnische und sozioökonomische, aber keine geschlechtsspezifischen Einflüsse“, so Konradi. Unterschiede in der Prävalenz seien primär dem Risikoprofil geschuldet; postmenopausale Frauen seien öfter übergewichtig als gleichaltrige Männer. Bei Frauen ist die Assoziation zwischen Adipositas und Hypertonie stärker ausgeprägt und es besteht eine strengere Korrelation zwischen abdominellem Fett und Blutdruck. „Insgesamt findet sich bei Frauen die Kombination Hypertonie und Übergewicht, also das metabolische Syndrom, etwas häufiger als bei Männern“, so Konradi. Dazu kommt, dass Frauen im Schnitt eine höhere Lebenserwartung haben und somit ein altersbedingtes erhöhtes Hypertonierisiko tragen. Daraus ergeben sich zwangsläufig altersspezifische Unter-

schiede, d.h. bei jüngeren Hypertonikern überwiegt das männliche Geschlecht, bei älteren das weibliche. Auch bei der Blutdruckkontrolle zeigen sich altersassoziierte Unterschiede: Bei unter 35-jährigen Hypertonikern sind mehr Männer gut eingestellt, danach überwiegen die Frauen. Weiterhin rauchen mehr Männer als Frauen. Doch der relative Anteil an Exrauchern ist bei beiden Geschlechtern gleich und hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Häufigkeit von Endorganschäden

Die wichtigsten und häufigsten Endorganschäden bei der Hypertonie sind am Herzen die Hypertrophie, die diastolische Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern. Am Gehirn sind TIA bzw. Insulte ebenso gefürchtet wie die Demenz. An den Gefäßen kommt es zu einer endothelialen Dysfunktion und erhöhten Wandsteifigkeit; an der Niere führt ein

nicht optimal eingestellter Blutdruck zu einer Abnahme der GFR. „Was die linksventrikuläre Hypertrophie betrifft, so findet sich diese bis zum 30. Lebensjahr bei Männern häufiger, doch mit zunehmendem Alter sind Frauen stärker betroffen“, sagte Konradi. Ansonsten finde sich bei den Endorganschäden kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, obwohl Männer etwas schlechter dastehen. Hinsichtlich der KHK genießt die Frau bis zur Menopause einen gewissen hormonellen Schutz.

Für den zerebralen Insult – ischämisch und hämorrhagisch – ist die Hypertonie sicherlich der wichtigste Risikofaktor. Insgesamt haben Frauen auf die Lebenszeit bezogen ein erhöhtes Schlaganfallrisiko und auch die Mortalität des Insults ist im Vergleich zu Männern höher. Bei Frauen mit Schlaganfall findet sich auch öfter eine Hypertonie und bereits eine Prähypertonie verdoppelt bei Frauen das Schlaganfallrisiko. Ebenfalls größer bei Frauen ist das Risiko für eine zerebrale Blutung und peripartal besteht ein erhöhtes Insultrisiko.

Leitlinie kennt kein Geschlecht

Doch die entscheidende Frage ist, ob es bei der Wirksamkeit von Antihypertensiva praxisrelevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. Fakt ist, dass Betablocker bei Frauen seltener eingesetzt werden, ob wegen Unverträglichkeit oder abgeschwächter Wirkung, weiß man nicht. „Es gibt keine Hinweise dafür, dass bestimmte Substanzgruppen bei einem Geschlecht besser oder schwächer wirken, sowohl hinsichtlich der Blutdrucksenkung als auch des Outcomes“, so Konradi. Daher machen die Leitlinien keinerlei differentialtherapeutische Empfehlungen bzgl. des Geschlechts, auch bei den Zielwerten nicht. Nur bei der Adhärenz gibt es gewisse Unterschiede zugunsten der Frau. *sti*

Der hohe Blutdruck dieser Frau könnte auch hormonell bedingt sein.