ker ist vor und nach erfolgter Therapieintensivierung eine Druckmessung im Stehen (z. B. nach 1 Minute) vorzusehen.

4. Unverändert gilt der bisherige Zielwert < 140/90 mmHg für jüngere Hypertoniker und Patienten mit niedrigem kardiovaskulären Risiko. Von den großzügigeren Empfehlungen mehrerer amerikanischer Fachgesellschaften hinsichtlich der über 60-Jährigen hält die Hochdruckliga offenbar wenig bis nichts. Das Argument für ihre Position hat sie ebenfalls aus den SPRINT destilliert, und zwar aus der Analyse der Daten von 2.636 mindestens 75-jähriger (Durchschnittsalter: 79,9 Jahre). Für sie erscheint ein Zielblutdruck von < 140 bzw. gar < 135 mmHg „vertretbar“.
5. Wegen der methodischen Probleme „jeglicher Praxismessung“ sollten – wenn immer möglich – ambulante „Out of Office“-Messungen, also Selbstmessung oder ABDM, für die Anpassung der antihypertensiven Therapie verwendet werden.
6. Hier werden die Anforderungsdetails für die Selbstmessung präzisiert: Validierte Oberarmgeräte, standardisierte Messung und automatische Daten-

speicherung und -analyse. Mindestens eine Woche vor dem nächsten Arztbesuch sollten täglich vier Messungen über sieben Tage zu Hause (zwei morgens, zwei abends) erfolgen. „Der angestrebte Zielwert der Durchschnittswerte entspricht bei dieser Methode der Tages-ABDM und liegt bei < 135/85 mmHg.“

7. Sollte es zu Diskrepanzen in der Beurteilung kommen, ob der Druck nun kontrolliert ist oder nicht, hilft eine ABDM. Diese sollte einmal jährlich durchgeführt werden. Das wird auch für Patienten mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko empfohlen.

Verträglichkeit und Kosteneffektivität

Erst Ende August 2017 erschienen im „New England Journal of Medicine“ zwei neue Subgruppenanalysen der SPRINT-Studie. Die erste untersuchte, ob die Patienten niedrigere Werte tolerieren, die zweite bewertete die Kosteneffektivität einer intensivierten Bluthochdrucktherapie in einer Computersimulation.

Krämer wies darauf hin, dass sich drei wichtige Parameter – Depressionen, physische und mentale Leistungsfähigkeit (erhoben mit Fragebögen) – in den beiden

Vergleichsgruppen (Standard- versus intensivierte Therapie) nicht unterschieden. Das galt auch für ältere und multimorbide Patienten. Auch in punkto Adhärenz und Patientenzufriedenheit ähnelten sich die Gruppen.

Durch höheren Medikamentenverbrauch, monatliche Arztbesuche und Blutkontrollen entstanden zwar Mehrkosten, die aber den nicht eingetretenen kardiovaskulären Ereignissen und der erhöhten Lebensqualität (QALYS – mehr Lebensjahre bei guter Gesundheit) gegenübergestellt werden müssen.

Das Wesentliche: Wir retten Leben!

SPRINT strahlt nun über die geänderten Zielwerte auch nach Deutschland aus. Der Ertrag dieser Megastudie ist anscheinlich. Krämer: „Jedes vierte Ereignis konnte bei den untersuchten Herzkreislauf-Risikopatienten verhindert werden“. Vorausgesetzt sie tolerieren die stärkere Drucksenkung bei vertretbarem Risiko, „müssen wir sie auch in diesen Zielwertbereich bringen. Das Wesentliche ist: Wir retten Leben!“

Dr. med. Jochen Aumiller

Quelle: Blutdruckmessung und Zielblutdruck, Dtsch Med Wochenschrift 2017;142:1446

Schwere Herzscheiden bei Kindern mit chronischer Nierenerkrankung

Kinder und Jugendliche mit chronischen Nierenerkrankungen (CKD) sind kardiovaskuläre Hochrisikopatienten. Das belegt die finale Auswertung der sogenannten 4C-Langzeitstudie.

Die 4C-Studie steht für „The Cardiovascular Comorbidity in Children with Chronic Kidney Disease Study“, eine bislang einmalige europäische Langzeitstudie an 6- bis 17-jährigen Nierenpatienten mit einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) von 10 bis 60 ml/min/1,73 m². Studienleiter Prof. Franz Schäfer, Heidelberg, bezeichnete die Ergebnisse von 4C als alarmierend.

Gefunden wurde eine hohe Prävalenz von kardiovaskulären Schäden:

- 26 % der Probanden hatten eine unkontrollierte Hypertonie,

- 20 % eine linksventrikuläre Hypertrophie,
- 42 % eine verdickte Intima-Media der Karotis und
- 20 % eine erhöhte Pulswellengeschwindigkeit der Aorta.

Hinzu kamen subtile Veränderungen der systolischen Funktion, gemessen mit der Echokardiografie. Diese Abweichungen traten unabhängig von der linksventrikulären Masse und der Auswurfraction auf und deuten auf strukturelle Veränderungen im Herzmuskel der Kinder mit CKD hin, die umso deutlicher ausgeprägt wa-

ren, je weiter die CKD fortgeschritten war – vermutlich Indizien für eine frühe Myokardfibrose. Am schwersten waren die kardiovaskulären Schäden bei den bereits dialysepflichtigen Jugendlichen.

Nach Schäfer haben die Ergebnisse von 4C Bedeutung für die Modalitäten der Nierenersatztherapie, vor allem auch für die Frage, wann transplantiert werden sollte.

Neue Erkenntnisse seien auch hinsichtlich von Markern bzw. von Mechanismen der Progression gewonnen worden, betonte Schäfer. Das Auftreten von metabolischer Azidose sowie eines speziellen Rezeptors (suPAR: löslicher Urokinase-Rezeptor) weisen auf eine beschleunigte Progression in Richtung terminales Nierenversagen hin. JA

Quelle: Schaefer F, Doyon A, Azukaitis K et al. Cardiovascular Phenotypes in Children with CKD: The 4C Study. Clin J Am Soc Nephrol. 2017; 2:19–28