

KRITISCH GELESEN



Prof. Dr. med.
H. S. Füeßl
Privatpraxis für
Integrative Innere Medizin,
München



Prof. Dr. med.
H. Holzgreve
Internist,
Kardiologische Praxis,
München



Prof. Dr. med.
A. Wirth
Bad Rothenfelde,
Deutsche Adipositas
Gesellschaft



Prof. em. Dr. med. Dr. h. c.
D. Reinhardt
Kinderklinik und Kinder-
poliklinik im Haunerschen
Kinderspital, München

Resistente Hypertonie: Oft liegt's an der Therapie

Eine Studie gibt zu denken: Bei etwa 40% aller Hypertoniker, die trotz Dreierkombination ihre Therapieziele nicht erreichen, werden inadäquate Kombinationen eingesetzt.

— Eine schwer behandelbare oder resistente Hypertonie besteht, wenn der Blutdruck trotz einer Dreierkombination nicht kontrolliert werden kann. Zwischen 2009 und 2013 wurden 1.254 betroffene Patienten mit im Mittel fünf Antihypertensiva an eine zertifizierte Hypertonie-Ambulanz überwiesen. Am häufigsten wurden RAS-Blocker/ACE-Hemmer und AT₁-Rezeptorblocker verordnet (96,8%). Es folgten Kalziumantagonisten (82,5%), Diuretika (82%), Beta-blocker (73%), zentral wirksame Blut-

drucksenker (Methyldopa, Clonidin, Moxonidin; 56%), Urapidil (24,1%), Spironolaktone (22,2%) und Alpha-Blocker (17,1%).

Die Analyse ergab, dass ein großer Teil der Patienten überhaupt nicht den Kriterien einer resistenten Hypertonie entsprach. So lag bei 23,8% von ihnen eine sekundäre Hypertonie vor, am häufigsten ein primärer Hyperaldosteronismus (18,7%).

Noch mehr Patienten aber, nämlich 40,4%, erhielten eine inadäquate bzw. umstrittene Therapie. Beispielsweise erhielten 18% zwei RAS-Blocker gleichzeitig, 6,5% erhielten drei und 0,7% sogar vier. 28,1% erhielten zwei Substanzen der gleichen Klasse, etwa Diuretika, oder mit ähnlichem, z. B. zentralem Wirkungsmechanismus. Die potenziell gefährliche Kombination von Betablocker und Nicht-Dihydropyridin-Kalziumantagonist (Verapamil oder Diltiazem) erhielten immerhin 1,5% der Patienten.

▪ Petrak O, Zelinka T, Strauch B et al. Combination antihypertensive therapy in clinical practice. The analysis of 1254 consecutive patients with uncontrolled Hypertension. *J Hum Hypertens.* 2016;30:35–39

KOMMENTAR

Erfreulich ist, dass ACE-Hemmer, AT₁-Blocker, Kalziumantagonisten, Diuretika und Beta-blocker, die in den Leitlinien als Antihypertensiva der ersten Wahl genannt werden, tatsächlich am häufigsten verordnet wurden. Doch im Detail war die Therapie häufig unzureichend. Bei resistenter Hypertonie sollten Diuretika immer in maximaler Dosis verordnet werden. In der Studie erhielten sie aber nur 82% der Patienten – und bei zwei Dritteln waren sie unterdosiert. Andererseits wurden stark wirksame Diuretika wie Furosemid, die nur bei Herz- und Niereninsuffizienz indiziert sind, bei 4,5% der Patienten ohne Indikation verabreicht. Auch erhielten nur 22,2% der Patienten in der Studie Spironolaktone, das bei resistenter Hypertonie seit einigen Jahren propagiert wird. Diese Untersuchung zeigt, dass die Diagnose resistente Hypertonie zu häufig gestellt wird. Bei jedem fünften Patienten liegt eine sekundäre, meist gut behandelbare Hypertonie vor, und in vier von zehn Fällen ist die medikamentöse Therapie inadäquat.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

Die Zielwerte wollen einfach nicht erreicht werden.



© Andrei Popov / iStock