

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

## Hochdrucktherapie-Leitlinien

# Neue Blutdruckziele, Priorität für Kombi-Therapien

— Die neuen Hypertonie-Leitlinien 2018 haben Veränderungen für die Praxis mit sich gebracht. Bei unkomplizierter Hypertonie gilt jetzt für Patienten < 65 Jahren ein Blutdruckziel von 120–129/70–79 mmHg und für Patienten > 65 Jahren ein Ziel von 130–139/70–79 mmHg, erläuterte Prof. Ulrich Kintscher, Berlin. Patienten mit Begleiterkrankungen wie Diabetes, KHK oder Schlaganfall sollten auf die gleichen Zielkorridore eingestellt werden. Für Hypertoniker mit chronischer Nierenerkrankung gilt unabhängig vom Alter das RR-Ziel 130–139/70–79 mmHg.

Diese Ziele sollten zügiger als bisher erreicht werden, erklärte Kintscher. Pri-

mär sei stets eine Lebensstiländerung anzustreben. Für Patienten mit hochnormalem Blutdruck (130–139/85–89 mmHg) könne eine medikamentöse Therapie erwogen werden, wenn ein sehr hohes Risiko bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen vorliegen. Bei Hypertonie Grad 1 (140–159/90–99 mmHg) wird die sofortige medikamentöse Therapie empfohlen, wenn ein sehr hohes Risiko bzw. Hypertonie-bedingte Organschäden vorliegen. In höheren Hypertoniestadien wird umgehend medikamentös therapiert.

Behandelt wird initial mit Zweierkombinationen aus RAS-Blocker und Kalziumantagonist oder RAS-Blocker und Diuretikum, und zwar möglichst in

Form eines Kombinationsmedikaments (z. B. Olmesartan/Amlodipin, Vocado®). Die nächste Stufe besteht aus der Kombination aller drei Komponenten, auch möglichst als Kombinationstherapie (z. B. Vocado® HCT).

Betablocker sind nicht obsolet. Sie kommen auf jeder Behandlungsstufe dann zum Zuge, wenn Herzschwäche, Angina, Herzinfarkt und Vorhofflimmern vorliegen, sowie bei jüngeren Frauen mit einer geplanten Schwangerschaft.

—  
**Dr. Dirk Einecke**

▪ Symposium „Hypertoniemanagement 2018 – Der Patient im Fokus“, Jahreskongress der Deutschen Hochdruckliga; Berlin, November 2018 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

## Morbus Basedow

# Radiojodtherapie und Glukokortikoidbehandlung



Auch 2019 gibt es wieder eine Schilddrüsens-woche. Sie findet vom 6.–10. Mai statt. Weitere Informationen unter: [www.infoline-schilddruese.de](http://www.infoline-schilddruese.de)

— Die Radiojodtherapie (RJTh) mit dem radioaktiven Isotop Jod-131 (<sup>131</sup>I) ist – neben der Schilddrüsenentfernung – ein sogenanntes definitives Verfahren bei Patienten mit Autoimmunhyperthyreose (M. Basedow). Allerdings kann die RJTh eine endokrine Orbitopathie – eine immunologisch bedingte Entzündung der Orbita – triggern, oder eine bereits bestehende verstärken.

Viele der Patienten erhalten daher eine begleitende Behandlung mit Glukokortikoiden, wie dies auch in Leitlinien vorgeschlagen wird (etwa S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin). Wie sich diese Glukokortikoid-

gabe auf die Biokinetik von <sup>131</sup>I auswirkt, haben Forscher des Universitätsklinikums Frankfurt am Main um Jörg Halstenberg jetzt untersucht.

Wie sich herausstellte, haben Glukokortikoide einen Einfluss auf die Biokinetik von <sup>131</sup>I, indem sie dessen Speicherung in der Schilddrüse reduzieren. Für Patienten unter Glukokortikoidtherapie könnte daher eine entsprechende Anpassung der aus den Daten des Radiojodtests berechneten <sup>131</sup>I-Therapieaktivität erwogen werden.

—  
**Christina Ott**

▪ *Nuklearmedizin*. 2018;57(2):43–49