

busteste Labortest ist immer noch der Dexamethason-Test“, so Diederich. Das Dexamethason wird kurz vor Mitternacht eingenommen, und die Cortisol-Spiegel morgens zwischen 8 und 9 Uhr bestimmt. „Der Morbus Cushing ist dann in den meisten Fällen vom Tisch.“

Im zweiten Schritt wird bei pathologischem Dexamethason-Test ACTH bestimmt. Ist es erniedrigt, ist ein Nebennierenrindendadenom sehr wahrscheinlich. Bei erhöhtem ACTH wird es schwieriger. „Hier kommt dann eine hypophysäre, paraneoplastische oder ektope Hormonproduktionen in Frage. Spätestens dann sollte der Endokrinologe eingeschaltet werden“, so Diederich.

Wichtig ist Diederich, dass Überdiagnostik vermieden wird. Ein generelles Screening von hypertensiven Patienten mache keinen Sinn.

Entscheidend für die Indikation zu einer Screeningdiagnostik sei vielmehr der klinische Befund. Auch eine Überweisung zum Screening lehnt Diederich ab. Erst für die Differenzialdiagnostik sollte der Fachmann hinzugezogen werden.



Kniebeugen sind für Cushing-Patienten aufgrund ihrer proximalen Muskelschwäche schwer zu bewältigen.

Periphere Druckmessung noch zeitgemäß?

Eine ganz andere Frage aus dem Kosmos der Hypertoniediagnostik lautet, ob die periphere Blutdruckmessung bei der essentiellen Hypertonie noch zeitgemäß ist. Dr. Johannes Baulmann vom Klinikum Friedrichshafen hat da so seine Zweifel. Könnte es sein, dass der zentrale Blutdruck, oder genauer eine Detailanalyse der zentralen Komponente der Pulswelle, der bessere Parameter ist?

Baulmann favorisiert den zentralen Blutdruck, weil der auch etwas über die Steifheit der Blutgefäße aussagt. Wird bei Patienten mit Diabetes oder Nierenerkrankungen die Pulswelle reflektiert, treibt die in steifen Blutgefäßen reflektierte Welle den zentralen Blutdruck deutlich nach oben – anders als beim gefäßgesunden Patienten, bei dem die Reflektion lediglich als kleine zweite Welle im Pulsdiagramm auffällt. Ein hoher zentraler Blutdruck könne demnach Hochrisikopatienten identifizieren, die von einer konsequenten Blutdrucksenkung stark profitieren. Wird nur peripher gemessen, erfahre der Arzt dagegen viel weniger über das kardiovaskuläre Risiko.

Dass das Ganze klinisch relevant sein könnte, darauf deutete jüngst die BP GUIDE-Studie hin, eine randomisierte Studie mit 258 Patienten, bei denen das Blutdruckmanagement entweder am peripheren oder am zentralen Blutdruck festgemacht wurde (Sharman JE; Hypertension 2013; 62(6):1138–45). Bei zentraler Messung benötigten die Patienten ein hoch signifikantes Fünftel weniger Antihypertensiva ($p < 0,001$). Bei 16% der Patienten wurden die Medikamente ganz abgesetzt, gegenüber 2% bei peripherer Messung. Trotz weniger Therapie fiel die linksventrikuläre Masse als primärer Endpunkt in der Gruppe mit zentraler Messung stärker ab als in der mit peripherer Messung. Kann das sein? Größere Studien zu dieser Thematik laufen: „Wenn das reproduzierbar ist, muss die arterielle Hypertonie neu definiert werden“, so Baulmann. Direkt messbar ist der zentrale Blutdruck nicht ohne Weiteres. Er kann aber mithilfe von hoch sensitiven Blutdruckmanschetten, die die detaillierte Pulskurve auslesen können, berechnet werden. *Phillip Grätz*

Akutes Nierenversagen: (Vielleicht) hilft die Druckmanschette hier auch

Aminoglykoside absetzen, Hypotonie vermeiden, zudem eine Volumenexpansion mit NaCl-Lösung vor Kontrastmitteldgabe, das sind im Großen und Ganzen die aktuellen Empfehlungen zur Prävention des akuten Nierenversagens (ANV) bei Risikopatienten. Gibt es Neuigkeiten auf diesem Gebiet? Der Nephrologe PD. Dr. Volker Burst aus Köln berichtete über den aktuellen Stand bei einer bizarren neuen Präventionsmethode: der ischämischen Präkonditionierung.

Das Verfahren geht auf eine Beobachtung im Tiermodell zurück: Bei Hundherzen, die wiederholt Ischämien ausgesetzt wurden, verlaufen Herzhinfarkte weniger gravierend. Bei anderen Organen klappte das auch. Und als dann gezeigt wurde, dass eine ischämische Präkonditionierung auch auf Distanz erfolgt, hatten Ärzte ein Werkzeug für die ANV-Prävention in der Hand. Seither gab es einige Studien, in denen bei chirurgischen Patienten vor der OP mit einer Druckmanschette eine Ischämie des Skelettmuskels erzeugt wurde in der Hoffnung, damit am anderen Ende des Körpers die ANV-Rate zu senken. „Klinisch ist das gut machbar und nach Einleitung der Narkose auch schmerzlos“, so Burst. Ob es wirklich funktioniert, ist dagegen strittig. Burst berichtete über eine Metaanalyse, in der sich über alle Studien hinweg bei 1.334 Patienten eine Risikoreduktion von 30% ergab; die statistische Signifikanz wurde knapp verfehlt ($p = 0,06$). Auch wegen der nicht optimalen Studienqualität fällten die Autoren kein abschließendes Urteil, sondern empfahlen weitere Studien (Yang Y et al. Am J Kidney Dis 2014; 64(4):574–83).

Eine solche Multicenter-Studie kam jetzt aus Deutschland. Sie hat die Diskussion wieder befeuert. 240 Patienten vor Herzchirurgie mit hohem ANV-Risiko wurden mit drei Zyklen zu je 5 Minuten Ischämie am Oberarm plus 5 Minuten Reperfusion unter Anästhesie behandelt. 52,5% der Patienten in der Kontroll-, aber nur 37,5% in der Interventionsgruppe erlitten ein ANV ($p = 0,02$). Auch der Aufenthalt auf der Intensivstation war kürzer (Zarbock A et al. JAMA 2015; 313(21):2133–41). Ganz glücklich ist Burst mit dieser Studie allerdings nicht. So waren mehr Patienten mit kombinierter Herzoperation in der Kontrollgruppe. Und die gilt als ein Prädiktor für ein ANV. Weitere Studien tun also not. Eine davon, mit 1612 Patienten, wurde gerade in England beendet. Die Ergebnisse stehen noch aus. *(vgv)*