

WISSEN AKTUELL

Die neuen Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga

Stärkere Individualisierung der Blutdruckzielwerte

In Folge der Resultate der SPRINT Studie hat die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® die bisher geltenden Zielblutdruckwerte überarbeitet. Während bisher ein Zielblutdruck von 140/90 mmHg für alle galt, werden neu individualisierte Blutdruckwerte empfohlen. «Bluthochdruck ist eine komplexe Erkrankung. Die moderne Therapie muss daher risikoadaptiert und stärker individualisiert erfolgen.» so Professor Bernhard K. Krämer, Mannheim, Kongresspräsident der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN).

Die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® senkt den Zielblutdruck für kardiovaskuläre Risikopatienten auf unter 135/85 mmHg. Dies betrifft

- Patienten mit einer bestehenden kardiovaskulären Erkrankung (ausgenommen Schlaganfallpatienten),
- Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung ab dem Stadium 3 (= GFR < 60 ml/min/1,73 m²),
- Patienten über 75 Jahre.

Für alle anderen bleibt der bisherige Zielwert von unter 140/90 mmHg bestehen.

Gründe für die Senkung der Blutdruckwerte

In der SPRINT Studie («Systolic Blood Pressure Intervention Trial»), einer multizentrischen, randomisierten und kontrollierten Studie an Hypertonikern, die im Jahre 2015 publiziert wurde (1), nahmen insgesamt 9361 Hypertoniepatienten mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko teil. Als Standardziel wurde ein Blutdruck von < 140 mmHg angestrebt und als Ziel einer intensivierten Behandlung < 120 mmHg. In der intensiv behandelten Gruppe kam



Dr. med. Urs Dürst
Zollikon

es zu deutlich weniger kardiovaskulären Ereignissen und Todesfällen. Diabetiker waren in dieser vom NIH («National Institute of Health») pharmakonabhängig finanzierten Studie ausgeschlossen. Verschiedene Studien an Diabetikern wie die ADVANCE- (2) oder ACCORD-Studie (3) hatten zuvor keinen Nutzen einer strengeren Blutdrucksenkung gezeigt.

Aus diesem Grund hat die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® die Zielwerte ausschliesslich für die Patientengruppen abgesenkt, die im Rahmen der SPRINT-Studie untersucht worden waren. Nur für diese Patienten liegt die Evidenz eines Nutzens vor.

Die Hypertonie ist ein komplexes Erkrankungsbild und erfordert entsprechende Empfehlungen

Der Experte führt aus, dass Bluthochdruck ein komplexes Erkrankungsbild ist, insbesondere wenn die Erkrankung mit weiteren begleitenden Krankheiten assoziiert ist. Selbst in der SPRINT Studie war die Nebenwirkungsrate bei der Patientengruppe mit der intensiveren Blutdrucksenkung nicht unerheblich. So wurden in dieser Behandlungsgruppe hypotensive Phasen, akutes Nierenversagen,

Synkopen und Elektrolytstörungen bei intensiverer Blutdrucksenkung häufiger beobachtet, weshalb die individuelle Konstitution eines Patienten berücksichtigt werden muss.

Professor Krämer plädiert für eine individualisierte Therapie. «Nutzen und Risiko einer intensiveren Blutdrucksenkung sollten bei jedem einzelnen Patienten gegeneinander abgewogen werden.» Auch räumt er ein, dass die Zielblutdruckverschiebung angesichts der hohen Rate an Patienten, die auch die «grosszügigeren» Werte von 140/90 mmHg nicht erreichen, zunächst als eine akademische Diskussion erscheinen mag. «Dennoch wollten wir handeln und ein deutliches Signal mit der Zielwertanpassung geben. In Sprint brachte die systolische Blutdrucksenkung auf etwa 130 mmHG – was in der Studie realiter erreicht worden war – eine Risikoreduzierung von 25%. Das heisst, jedes vierte Ereignis konnte bei den untersuchten Herz-Kreislauf-Risikopatienten verhindert werden. Wenn diese Patienten eine höhere Absenkung bei vertretbarem Risiko tolerieren, müssen wir sie auch in diesen Zielwertbereich bringen.»

Die beiden vor kurzem im New England Journal of Medicine erschienen Publikationen (4,5) mit Subanalysen zur SPRINT Studie untersuchten einerseits wie die Patienten die niedrigen Werte (<120 mmHg) im Hinblick auf Depressionen (PHQ-9), physischer (PCS) und mentaler (MCS) Leistungsfähigkeit (erhoben mit Questionnaire) tolerierten. Es ergaben sich dabei vergleichbare Werte zwischen intensivierter und Standardtherapie. Dies gilt auch für ältere und multimorbide Patienten und es betraf auch die Adhärenz zur Therapie und die Patientenzufriedenheit.

In der zweiten Subanalyse (5) wurde die Kosteneffektivität der intensivierten Blutdrucksenkung in einer Computersimulation bewertet. Es ergaben sich zwar höhere Kosten bei der intensivierten Blutdrucksenkung infolge eines höheren Medikamentenverbrauchs und wegen monatlichen Arztbesuchen und Blutkontrollen, die intensivierte Therapie war aber dennoch kosteneffektiv.

Den höheren Kosten standen mehr Lebensjahre bei guter Gesundheit und Ersparnisse durch nicht eingetretene kardiovaskuläre Ereignisse gegenüber.

«Natürlich erfordert die sprintkonforme Behandlung der Hypertonie zunächst einmal die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel», erklärte Professor Krämer. «Die Mehrkosten werden aber längerfristig durch das Auftreten von weniger kardiovaskulären Ereignissen bzw. den daraus entstehenden teuren Akuttherapien nivelliert. Das Wesentliche ist aber: Wir retten damit Leben!»

Wichtig ist jedoch in jedem Fall eine korrekte Blutdruckmessung

Es wird festgehalten, dass sich alle Empfehlungen auf die konventionelle Praxisblutdruckmessung und die entsprechend niedrigeren Zielwerte bei Selbstmessung oder die 24 Stunden-Langzeitmessung (ABDM) beziehen.

Konkret ist folgende Vorgehensweise gefordert:

Messung im Sitzen nach 5 Minuten Ruhe, mindestens 2 Messungen im Abstand von 1 Minute mit Angabe des niedrigeren Wertes, bei Patienten mit Vorhofflimmern Mittelwertbildung von drei Messungen; jeweils auskultatorische oder oszillometrische Messungen mit validierten Messgeräten.

In der SPRINT-Studie wurde eine automatisierte Praxisblutdruckmessung vorgenommen und der Patient dazu allein gelassen. Dies ist einer der Kritikpunkte der SPRINT-Studie, da es nicht belegt ist, dass diese Messmethode hinsichtlich der Vorhersage von kardiovaskulären Endpunkten oder des Therapieerfolges Vorteile gegenüber der konventionellen Praxismessung bietet.

Offenbar liefert diese Messmethode Werte, die rund 15 mmHg unter den Werten der konventionellen Messung liegen, so dass die von der DHL[®] geforderten Werte von <135 mmHg genau den <120 mmHg der Studie entsprechen.

Dr. med. Urs N Dürst

Kardiologie und Innere Medizin FMH/FESC
Zollikerstr. 79, 8702 Zollikon

Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

riesen@medinfo-verlag.ch

Literatur:

1. Wright JT, Jr., Williamson JD, Whelton PK et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015; 373: 2103-2116.
2. Cooper-Dehoff RM, Gong Y, Handberg EM et al. Tight blood pressure control and cardiovascular outcomes among hypertensive patients with diabetes and coronary artery disease. *JAMA* 2010; 304: 61-68
3. Cushman WC, Evans GW, Byington RP et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010; 362: 1575-1585
4. Berlowitz DR, Foy CG, Kazis LE et al. SPRINT Research Group. Effect of Intensive Blood-Pressure Treatment on Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med* 2017 Aug 24; 377 (8): 733-44
5. Bress AP, Bellows BK, King JB et al. SPRINT Research Group. Cost-Effectiveness of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2017 Aug 24; 377 (8): 745-55