

Was tun bei schwer einstellbarer Hypertonie?

15.09.2017, 15:00 | Wissenschaft, Forschung, Bildung

Pressemitteilung von: *Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)*

Presseagentur: *Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)*

Im August publizierte Daten zeigen: Bei 65% der Hochdruckpatienten ist der Blutdruck nicht ausreichend kontrolliert. Nicht immer steckt eine „echte“ Therapieresistenz dahinter, erklärte Professor Martin Hausberg, Karlsruhe, auf der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Dennoch: Gelingt keine Absenkung der Blutdruckwerte in den Zielbereich, sollte eine Überweisung zu einem Nephrologen/Hypertensiologen erfolgen.

Die Hypertonie gehört zu den wesentlichen kardiovaskulären Risikofaktoren (Arteriosklerose) mit Folgen wie Schlaganfall und Herzinfarkt, aber auch Erblindung und Schädigung der Nieren. Umgekehrt ziehen Nierenerkrankungen in den meisten Fällen einen Bluthochdruck nach sich – Nierenerkrankungen und Bluthochdruck bedingen und verstärken sich also gegenseitig.

Die Mechanismen wie die Nierenfunktion und der Blutdruck zusammenhängen sind vielfältig und komplex. Dazu gehören neben der Regulation von Volumen- und Elektrolythaushalt (Ausscheidung von Salz und Wasser) auch die endokrinen Funktionen der Niere, d.h. die Produktion blutdruckrelevanter Hormone (Renin-Angiotensin-Aldosteron-System „RAAS“), die die Gefäßweite bzw. -engstellung regeln. Auch gibt es ein direktes Zusammenspiel von Niere und sympathischem Nervensystem. Für Patienten mit chronischer Nierenerkrankung (CKD) ist eine Blutdrucksenkung bzw. Blutdruckeinstellung entscheidend für die Verlangsamung des Krankheitsprozesses und kann das dialysefreie Leben verlängern.

Schwer einstellbarer Bluthochdruck: Nicht immer eine therapieresistente Hypertonie

Im August publizierte Daten zeigen: Bei 65% der Hochdruckpatienten ist der Blutdruck nicht ausreichend kontrolliert [1].

Wenn sich der Blutdruck trotz einer antihypertensiven Dreifachkombination (in maximaler Dosierung gemäß den Leitlinien einschließlich eines Diuretikums) nicht in den Zielbereich senken lässt, so spricht man von therapieresistenter oder therapierefraktärer Hypertonie.

Dann sollte zunächst eruiert werden, warum die Hypertonie schwer einstellbar ist, bzw., ob es sich tatsächlich um eine „echte“ Therapieresistenz handelt. „Es kann auch andere Gründe geben“, erklärte Professor Martin Hausberg, Karlsruhe, Past-Präsident der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® und Kongresspräsident der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN).

- „Weißkittelhypertonie“

Zunächst sollte eine Praxishypertonie („Weißkittelhypertonie“) ausgeschlossen werden, was leicht durch eine 24-Stunden-Blutdruckmessung sicherzustellen ist. Denn die kann Ursache für ein scheinbares Nicht-Ansprechen der hypertensiven Therapie sein. Eine solche Praxishypertonie ist nicht selten, die Häufigkeit wird in internationalen Studien mit 12-34% angegeben [2].

- Adhärenzprobleme

Schwieriger ist es oft herauszufinden, ob eine mangelhafte Patientenadhärenz vorliegt – bezüglich der empfohlenen Allgemeinmaßnahmen (kochsalzarme Kost, Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Alkoholverzicht) und besonders der Tabletteneinnahme. Eine aktuelle Studie ergab, dass bis zu 80% der Patienten ihre Medikamente nicht wie verordnet einnahmen [3].

- Sekundäre Hypertonie-Ursachen

Wenn von einer guten Compliance ausgegangen werden kann, sollte nach weiteren Ursachen gesucht werden, die eine

Hypertonie zusätzlich auslösen bzw. verstärken können. Dazu gehört beispielsweise eine Verengung der Nierenarterie (Nierenarterienstenose, sogenannte renovaskuläre Hypertonie), wobei die Niere unzureichend durchblutet wird, was zur Überaktivität des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems führt. Auch ein Schlafapnoe-Syndrom geht häufig mit (insbesondere nächtlicher) Blutdruckerhöhung einher, da es aufgrund einer Hypoxie zu wiederholten sympathikotonen Weckreaktionen kommt. Darüber hinaus gibt es Medikamente, die eine Hypertonie verstärken können und deren Einsatz ggf. abgewogen werden muss (z.B. Östrogene, Steroide, nichtsteroidale Antirheumatika/NSAR)

Zur Diagnostik solcher sekundärer Hypertonie-Ursachen kommen die dopplersonografische Ultraschall-Untersuchung, 24-Stunden-Blutdruckmessungen sowie Patientenselbstmessungen, Messung der Aldosteron-Spiegel oder eine Schlaflabor-Untersuchung zum Einsatz. Die Therapie einer Nierenarterienstenose kann mittels einer Gefäßkatheter-Technik zur Aufdehnung der Nierenarterie (Angioplastie) erfolgen.

Ein relevantes Schlafapnoe-Syndrom kann mit einer nächtlichen Atemmaske (CPAP-Therapie) behoben werden.

Zielwerte können nicht erreicht werden? Dann sollte eine Überweisung zu einem Nephrologen/Hypertensiologen erfolgen

Bei Verdacht auf eine therapierefraktäre Hypertonie (Inzidenz wird auf 15-20% geschätzt) bzw. bei Problemen, die Patienten in den Zielwertbereich zu bringen, empfiehlt sich die Überweisung zu einem Nephrologen/Hypertensiologen. Hier ist diese Fragestellung fast „alltägliches Brot“, der Nierenarzt ist Experte – warum?

Gerade für Nierenpatienten ist die Senkung des Hochdrucks eine wichtige Maßnahme, um das Fortschreiten der Erkrankung und damit die Dialysepflichtigkeit zu verzögern – und da Nierenschäden den Bluthochdruck „hochtreiben“, ist die Blutdruckeinstellung gerade bei diesen Patienten oft schwierig. Außerdem: Der Nephrologe ist von „Haus aus“ Experte: Die Nieren regeln den Blutdruck maßgeblich, sowohl nervale als auch hormonelle Regelkreise, die den Blutdruck beeinflussen, werden über die Nieren gesteuert. Auch Patienten mit schwer einstellbarem Blutdruck, die kein Nierenleiden haben, sollten daher einem Nephrologen/Hypertensiologen vorgestellt werden.

Wenn die Compliance sichergestellt ist und sekundäre Hypertonie-Ursachen ausgeschlossen wurden, wird dieser eine Behandlung mit antihypertensiven Mehrfachkombinationen versuchen. Dabei können vier, fünf oder auch sechs Antihypertensiva verordnet werden, wobei auch Substanzen enthalten sind, die beim „normalen“ Hochdruckpatienten nicht erste Wahl sind: Mineralokortikoidrezeptorantagonisten (Spironolacton), Amilorid und Alpha-1-Blocker (Doxazosin) sowie der Vasodilatator Minoxidil („Reserve-Antihypertensivum“). Falls diese medikamentöse Therapie nicht ausreichend wirksam ist, können bei einer therapierefraktären Hypertonie („therapy-refractory hypertension“ / trHTN) invasive Verfahren wie die renale Denervation [1, 3, 4] und die Baroreflexstimulation [5] eingesetzt werden. Aufgrund der nicht ausreichenden, bislang uneinheitlichen Datenlage sind diese Verfahren erfahrenen Zentren und ausgewählten Patienten vorbehalten.

Bei der renalen Denervation (interventionelle renale Sympathikusdenervation) werden mittels Kathetertechnik in der Nierenarterienwand selektiv afferente Nervenfasern des Sympathikus verödet (Katheterablation/intravasale Radiofrequenzablation).

Die Barorezeptorstimulation wird auch als „Hypertonie-Schrittmacher“ bezeichnet. Dabei werden Druckrezeptoren am „Karotissinusknötchen“ (in der Wand der Halsschlagader/Arteria Carotis) über implantierte Elektroden elektrisch stimuliert. So wird den Barorezeptoren ein extrem hoher Blutdruck „vorgegaukelt“ und sie vermitteln eine allgemeine Gefäßweitstellung, wodurch der Blutdruck sinkt.

Literatur

- [1] de Jager 2RL, van Maarseveen EM, Bots ML et al.; SYMPATHY investigators. Medication adherence in patients with apparent resistant hypertension: findings from the SYMPATHY trial. *Br J Clin Pharmacol* 2017 Aug 17. doi: 10.1111/bcp.13402. [Epub ahead of print]
- [2] Martin Middecke. Arterielle Hypertonie: 78 Tabellen. Thieme Verlag, Stuttgart. 2005. S. 47
- [3] de Jager 1RL, de Beus E, Beefink MM et al. Impact of Medication Adherence on the Effect of Renal Denervation: The SYMPATHY Trial. *Hypertension* 2017 Apr; 69 (4): 678-84
- [4] Vonend O, Böhm M, Eckert S, Hausberg M et al. [Renal denervation in refractory hypertension: joint statement of the German hypertension league DHL eV and the German societies of cardiology, angiology, nephrology and radiology].

Dtsch Med Wochenschr 2015; 140 (5): 363

[5] Koziol M, Beige J, Wallbach M, Hausberg M et al. [Baroreceptor activation therapy for therapy-resistant hypertension: indications and patient selection : Recommendations of the BAT consensus group 2017]. Internist (Berl) 2017 Aug 23. doi: 10.1007/s00108-017-0308-y. [Epub ahead of print]

Weitere Informationen:

- <http://www.dgfn.eu>

Quelle: idw

Portrait

-

News-ID: 969052 • Views: 625 (Stand: 09.06.2026)

Link zur Pressemitteilung:

<https://www.openpr.de/news/969052/Was-tun-bei-schwer-einstellbarer-Hypertonie.html>