

## Was ist gesichert in der Primärprophylaxe ?

### Hypertonus: Ärztliche Möglichkeiten zur Senkung des Herzinfarktrisikos

Von Priv. Doz. Dr. med Gunter Wolf

Große epidemiologische Studien belegen, dass Morbidität und Mortalität an kardiovaskulären Erkrankungen umso größer sind, je höher der Blutdruck ist. Noch vor wenigen Jahren wurde ein erhöhter Blutdruck bei älteren Menschen als normale Erscheinung angesehen. Es wurde vom "Bedarfshochdruck" gesprochen. Diese Fehleinschätzung muß heute aufgrund von Interventionsstudien korrigiert werden. Gerade bei älteren Menschen führt eine antihypertensive Therapie zur Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen.

Für die Entstehung einer primären Hypertonie sind Risikofaktoren definiert worden. Zwar sind genetische Faktoren nicht modifizierbar, jedoch können Risikofaktoren wie Übergewicht, Inaktivität, Alkohol- und Kochsalzkonsum im Sinne einer Primärprävention durchaus beeinflusst werden. Wichtig ist eine Beurteilung des kardiovaskulären Gesamtrisikos, das sich aus den bekannten Risikofaktoren sowie schon vorliegenden Endorganschäden an Gefäßen, Herz, und Niere zusammensetzt. Aus der Höhe des Blutdruckes und den Risikofaktoren/Endorganschäden ergibt sich eine Stratifizierung in niedriges, mittleres, hohes, und sehr hohes Risiko. Patienten mit sehr hohem Risiko haben eine Wahrscheinlichkeit von >30% in den nächsten 10 Jahren ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis oder einen nichttödlichen Schlaganfall zu erleiden. Der Blutdruck sollte auf unter 140/90 mm Hg gesenkt werden. Beim Vorliegen von bestimmten Endorganschäden (z.B. diabetische Nephropathie) sollten Werte von 120/80 angestrebt werden. In mehr als 10 prospektiven placebo-kontrollierten Studien mit über 20.000 Patienten wurde eindeutig nachgewiesen, dass eine Senkung des Hypertonus mit Diuretika/?-Blocker die Morbidität und Mortalität durch kardiovaskulären Ereignisse und Schlaganfall eindeutig reduziert. Daher sind Diuretika/b-Blocker als konventionelle Antihypertensiva der Goldstandard gegen welchen alle anderen Substanzen verglichen werden müssen.

Inzwischen konnte in mehreren großen Studien (CAPP, NORDIL, STOP-2) nachgewiesen werden, dass auch "moderne" Medikamente wie ACE-Hemmer und Calciumantagonisten der Therapie mit Diuretika/?-Blockern gleichwertig, aber auch nicht besser sind. ?1-Rezeptorblocker sollten aufgrund der Befunde der ALLHAT Studie (gesteigerte kardiovaskuläre Ereignisse in der Doxazosin Gruppe) nicht mehr gegeben werden. Für Angiotensin II-Rezeptorantagonisten liegen bezüglich Hypertonus keine Daten aus Langzeitstudien vor. Die Empfehlungen der Hochdruckliga sehen b-Blocker, Diuretikum, Calciumantagonisten (langwirksame Dihydropyridine oder Substanzen vom Verapamiltyp), und ACE-Hemmer in der Primärtherapie als gleichwertig an. Als Zweifachkombination sollte ein Diuretikum mit b-Blockern, Calciumantagonisten, oder ACE-Hemmer kombiniert werden. Eine weitere

Möglichkeit ist die Gabe eines langwirksamen Calciumantagonisten vom Dihydropyridintyp mit b-Blockern oder ACE-Hemmern. Nebenwirkungen und Begleiterkrankungen spielen für die Auswahl eine wichtige Rolle. Bei Niereninsuffizienz, Linksherzhypertrophie, Diabetes mellitus, und nach Myokardinfarkt sollte immer ein ACE-Hemmer gegeben werden, da Studien wie HOPE gezeigt haben, dass diese Therapie unabhängig vom Hypertonus die Mortalität senkt und weitere Organschäden verhindert. Mangelnde Zuverlässigkeit in der Medikamenteneinnahme ist der weitaus häufigste Grund einer therapieresistenten Hypertonie.

Priv. Doz. Dr. med Gunter Wolf, Abt. Nephrologie und Osteologie der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf