



MANAGEMENT HYPERTONIE JOURNAL BY FAX

Ein Projekt des Herz-Kreislauf-Telefons der Hochdruckliga mit Unterstützung von Servier Deutschland GmbH

Wissenschaftlicher Beirat: Prof. Dr. G. Bönner, Bad Krozingen; Prof. Dr. H.-D. Faulhaber, Berlin; Prof. Dr. M. Middeke, München;
Prof. Dr. R. Schmieder, Erlangen; Dr. P. Stolte, Münster

7. Jahrgang 2007; Nr. 15

Europäische Empfehlungen 2007 der ESH/ESC – was ist neu?

Mitte des Jahres wurden die neuen Guidelines der European Society of Hypertension (ESH) veröffentlicht.¹ Wie die bis dahin gültigen Empfehlungen aus dem Jahr 2003² wurden sie gemeinsam mit der European Society of Cardiology (ESC) erarbeitet.

Beim Vergleich beider Empfehlungen ist erst einmal festzuhalten, dass es hinsichtlich der Definition, Klassifikation der Zielblutdruckwerte und im Therapieschema für die Anwendung der Antihypertensiva keine prinzipiellen Veränderungen gegenüber 2003 gibt. Andererseits sind Ergänzungen bei der Risikobewertung und im diagnostischen Konzept vorgenommen sowie Zielsetzungen, die bereits 2003 enthalten waren, stärker akzentuiert worden.

Zu den wichtigsten Punkten: Die Klassifikation des Blutdruckes und der Hypertonie ist nicht verändert worden; es wird allerdings jetzt auf die Bezeichnung der Stadien 1 – 3 als mild, moderate und severe verzichtet, um den verharmlosenden Begriff ‚milde Hypertonie‘ zu vermeiden. Wie auch schon 2003 übernimmt die ESH nicht den in den USA-Empfehlungen (JNC VII)³ verwendeten Begriff Prehypertension (120 – 139/80 – 89 mmHg), der den Normalbereich mit einbezieht, sondern definiert mit dem ‚hochnormalen‘ Blutdruckbereich 130 – 139/85 – 89 mmHg eine Zielgruppe, die zwar per definitionem noch nicht hypertont ist, aber bereits in Kombination mit anderen Faktoren ein deutlich erhöhtes Risiko aufweist.

Bereits seit 1999 ist das europäische präventive und therapeutische Grundkonzept der Hypertonie nicht allein auf den erhöhten Blutdruck, sondern auf das kardiovaskuläre Gesamtrisiko orientiert, das durch weitere Risikofaktoren sowie Begleit- und Folgekrankheiten bestimmt wird. Hier wurde in der aktuellen Empfehlung das metabolische Syndrom hinzugefügt.

Im diagnostischen Programm wird jetzt mehr Wert auf die Erkennung von subklinischen Zeichen hypertoniebedingter Endorganschäden gelegt. So ist der Test auf Mikroalbuminurie in das diagnostische Basisprogramm aufgenom-

men worden. Empfohlen wird weiterhin die rechnerische Bestimmung der Kreatininclearance und ggf. der glomerulären Filtrationsrate. Zur Erkennung vaskulärer Veränderungen werden nichtinvasive Methoden wie die Bestimmung der Pulswellengeschwindigkeit und die Messung der Karotis-Media-Intima-Dicke propagiert.

Die Zielwerte der antihypertensiven Behandlung sind im Wesentlichen unverändert. Durch weitere, inzwischen abgeschlossene Studien sind jetzt die empfohlenen Zielblutdruckwerte bei gleichzeitig vorhandenem Diabetes mellitus, bei Niereninsuffizienz und bei sehr hohem kardiovaskulären Gesamtrisiko – < 130/80 mmHg – jedoch noch besser belegt.

Von besonderer Bedeutung sind die Guidelines für die Stellung der Antihypertensivgruppen in der antihypertensiven Stufentherapie. In nationalen Empfehlungen hatte es unter Berücksichtigung von einzelnen Studien und von Meta-Analysen Veränderungen gegeben. So empfiehlt die britische Hypertoniegesellschaft, die Betablocker in der first-line-Therapie nicht mehr anzuwenden und reserviert sie für die Stufe 4 des therapeutischen Vorgehens.⁴ Noch weiter geht die Hypertoniegesellschaft der Schweiz, die nur noch die ACE-Hemmer, die AT₁-Blocker und die Calciumantagonisten für die Therapie der ersten Wahl vorsieht.⁵

In den ESH-Guidelines werden weiterhin die fünf Antihypertensivgruppen – Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer, AT₁-Blocker und Calciumantagonisten – für die Therapie der ersten Wahl empfohlen. Für die Betablocker wird – vor allem in Kombination mit Diuretika – ein zurückhaltender Einsatz bei hohem Diabetesrisiko und beim metabolischen Syndrom angeraten.

Stärker als früher wird die Kombinationsbehandlung als Therapie der ersten Wahl akzentuiert, um das Erreichen der genannten Zielwerte, vor allem bei Hochrisikogruppen, zu gewährleisten.

Prof. Dr. H.-D. Faulhaber, Berlin

Literatur: 1. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) (2007) 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertension* 25: 1105–1187 2. Guidelines Committee (2003) European Society of Hypertension – European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 21: 1011–1053 3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. (2003) The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 289: 2560–2572 4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2006) Hypertension management in adults in primary care: pharmacological update. London: Royal College of Physicians – www.bhsoc.org/NICE_BHS_Guidelines.stm 5. Erne P, Allemann P (2007) Comments to the 2007 recommendation for the treatment of essential hypertension by the Swiss Hypertension Society. www.swisshypertension.ch/guidelines.htm

Erhältliche Literaturstellen finden Sie in ca. 1 Woche im Internet unter www.hochdruckliga.de als Link auf diesem Artikel. Rückfragen zu diesem Thema richten Sie bitte an die Fax-Nr. 089/57095-126.

Hochdruckliga



Herz-Kreislauf-
Telefon



Ein
wissenschaftlicher
Service

