2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension, European Heart Journal (2024)

Therapieresistente Hypertonie

- Etwa **10-20 %** der Hypertonie-Pat.
- **Schlechtere Prognose** - im Vergleich zu behandelten Pat., die BD kontrollieren können,
  - Das Risiko für Myokardinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen im Endstadium und Tod kann bei diesen Pat. zwei- bis sechsmal höher sein
  - Sekundäre Ursachen für Bluthochdruck treten auch häufiger im Zusammenhang mit resistentem Bluthochdruck auf
- **Hypertonie gilt als therapieresistent, wenn** eine Behandlungsstrategie, die geeignete Lebensstilmaßnahmen und die Behandlung mit maximalen oder maximal verträglichen Dosen eines Diuretikums (Thiazid oder thiazidähnlich), eines RAS-Blockers und eines CCB umfasst, **nicht in der Lage ist**, die BD-Werte in der Arztpraxis auf < 140 mmHg bzw. < 90 mmHg zu senken
  - Die unkontrollierten BD-Werte müssen durch BD-Messungen außerhalb der Arztpraxis (HBPM oder ABPM) bestätigt werden
- Pat. mit resistenter Hypertonie sollten an Zentren mit Expertise in der Bluthochdruckbehandlung überwiesen werden

Ursachen für eine Pseudo-Resistenz oder Resistenz gegenüber blutdrucksenkender Therapie

- Pseudo-resistente Hypertonie
  - Schlechte Therapietreue und -persistenz
  - Weißkittelphänomen
  - Schlechte BD-Messmethode
  - Kalkablagerungen in der brachialen Arterie (Osler-Phänomen)
  - Ärztliche Inaktivität (unzureichende Dosen oder unangemessene Kombinationen von blutdrucksenkenden Medikamenten)
  - Münchhausen-Syndrom (selten)
- Therapieresistente Hypertonie
  - Verhaltensfaktoren
    - Adipositas
    - Körperliche Inaktivität
    - Übermäßige Salzaufnahme
    - Regelmäßiger übermäßiger Alkoholkonsum
  - Verwendung von Medikamenten oder Substanzen, die den BD erhöhen können

Sekundäre Hypertonie

- Häufiger als meist angenommen
  - Je nach verwendeter Definition und untersuchter Kohorte liegt die Prävalenz bei **10–35 %** aller hypertonen Pat. und bei bis zu 50 % aller Pat. mit therapieresistenter Hypertonie
- **Primärer Hyperaldosteronismus** ist eine häufige Ursache
  - Hohe Prävalenz (bis zu 12 %) bei Pat. mit einem BD von > 180/110 mmHg
- Auch **Schlafapnoe** ist eine häufige Ursache
- Es wird empfohlen, dass Pat., die mit Hinweisen, Symptomen oder einer entsprechenden Krankengeschichte auf sekundäre Hypertonie vorstellig werden, auf Ursachen gescreent werden sollen
- Ein Screening auf primären Hyperaldosteronismus durch Messung von Aldosteron und Renin sollte bei **allen Pat**. mit bestätigtem Bluthochdruck (BP ≥ 140/90 mmHg) in Betracht gezogen werden

Optionale Tests zum Screening auf sekundäre Hypertonie

Ursache für sek. Hypertonie	Screening Test
Primärer Hyperaldosteronismus	Aldosteron-Renin-Quotient, frühere Kalium-Werte (Hypokaliämie erhöht die Wahrscheinlichkeit eines bestehenden primären Hyperaldosteronismus)
Renovaskuläre Hypertonie	Renaler Doppler-Ultraschall, Abdominelles CT-Angiogramm oder MRI
Phäochromozytom / Paragangliom	24-Stunden-Sammelurin- und/ oder Plasmaproben auf Metanephrin und Normetanephrin
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	Polysomnographie
Renoparenchymatöse Hypertonie	Plasma-Kreatinin, Natrium und Kalium, eGFR, Urin-Streifenstest auf Blut und Eiweiß, Albumin/ Kreatinin-Quotient im Urin, Renaler Ultraschall
Cushing-Syndrom	freies Cortisol im 24-Stunden-Urin, Dexamethason-Kurztest
Schilddrüsenkrankheit	TSH
Hyperparathyreoidismus	Parathormon, Calcium und Phosphat
Aortenisthmusstenose	Echokardiografie, CT-Angiographie

Anmerkungen:

ABPM: Ambulante Blutdruckmessung
CCB: Calciumantagonist
eGFR: geschätzte glomeruläre Filtrationsrate
HBPM: Blutdruckmessung zu Hause
Pat.: Patientin oder Patient

Zur vollständigen Guideline →

Anzeige

GENERICON

Referenz: 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension, European Heart Journal (2024)