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

Management spezifischer Patient:innengruppen

Junge Erwachsene (18–40 Jahre)

- Prävalenz von Hypertonie ist in dieser Patient:innengruppe bei Frauen und Männern **steigend**
- Wichtige Risikofaktoren
  - Ungesunder Lebensstil
  - Geschlecht
  - Adipositas
  - Sozioökonomischer Status

Sekundäre Hypertonie bei jungen Erwachsenen

- Zirka 15–30 % der Hypertonien bei jungen Erwachsenen
- Häufige Ursachen
  - Medikamente
    - z.B. orale Kontrazeptiva, Erkältungsmedikamente
  - Primärer Hyperaldosteronismus
- Kombinierte Östrogen-Progesteron-Kontrazeptiva gehören zu den häufigsten Ursachen für medikamenteninduzierte Hypertonie bei jungen Frauen
  - Im Gegensatz dazu gelten Gestagen-Kontrazeptiva allgemein als sicher bei Frauen mit Hypertonie
- Bei adipösen jungen Erwachsenen ist die primäre Hypertonie häufig, wobei auch das OSAS in Betracht gezogen werden sollte
- Da SCORE2 für Personen unter 40 Jahren nicht validiert ist, kann bei jungen Erwachsenen mit erhöhtem BD und ohne andere erhöhte CVD-Risikofaktoren ein Screening auf HMOD in Betracht gezogen werden, um zusätzliche Pat. für eine mögliche medizinische Behandlung zu identifizieren

Schwangere

- Bei Frauen mit Gestationshypertonie oder chronischer Hypertonie wird empfohlen, mit der medikamentösen Behandlung zu beginnen, wenn der systolische BD in der Praxis ≥ 140 mmHg oder der diastolische BD ≥ 90 mmHg ist
  - BD sollte auf unter 140/90 mmHg gesenkt werden, jedoch nicht der diastolische Wert unter 80 mmHg
- Dihydropyridin-CCB (vorzugsweise extended-release Nifedipin), Labetalol und Methyldopa werden als Erstlinientherapie zur BD-Senkung in der Schwangerschaft empfohlen
- In Absprache mit Geburtshelfer:innen wird allen schwangeren Frauen ohne Kontraindikationen empfohlen, leichte bis mäßige körperliche Aktivitäten durchzuführen, um das Risiko für Schwangerschaftshypertonie und Präeklampsie zu senken
- Ein systolischer BD von **≥ 160 mmHg** oder ein diastolischer BD von **≥ 110 mmHg** während der Schwangerschaft kann auf einen Notfall hinweisen, und eine sofortige Krankenhausaufnahme sollte in Betracht gezogen werden
- HBPM und ABPM sollten in Betracht gezogen werden, um Weißkitteleffekte und eine maskierte Hypertonie auszuschließen, die während der Schwangerschaft häufiger auftreten

Sehr hohes Alter (≥ 85 Jahre), Gebrechlichkeit, Multimorbidität und Polypharmazie

- Die geschätzte Prävalenz von Gebrechlichkeit bei Menschen über 65 Jahren liegt bei 7–16% (Bei Frauen höher als bei Männern)
- Es wird empfohlen, die Behandlung von erhöhtem BD und Hypertonie bei älteren Patienten unter 85 Jahren, die nicht mittelgradig bis schwer gebrechlich sind, nach denselben Richtlinien wie bei jüngeren Menschen durchzuführen
- Es wird empfohlen, die blutdrucksenkende medikamentöse Behandlung lebenslang fortzusetzen (auch über das Alter von 85 Jahren hinaus), sofern sie gut vertragen wird
- Da die Sicherheit und Wirksamkeit der BD-Behandlung bei Pat. mit mittelgradiger oder schwerer Gebrechlichkeit weniger sicher ist, sollten Ärzte in Erwägung ziehen, ältere Erwachsene mittels validierter klinischer Tests auf Gebrechlichkeit zu untersuchen
- Bei Pat. mit mittelgradiger bis schwerer Gebrechlichkeit (in jedem Alter) sollten langwirksame Dihydropyridin-Calciumkanalblocker (CCBs) oder RAS-Hemmer in Betracht gezogen werden
  - Falls erforderlich, kann dies durch ein niedrig dosiertes Diuretikum ergänzt werden, sofern es gut vertragen wird
  - Ein BB sollte vorzugsweise vermieden werden (es sei denn, es gibt zwingende Indikationen), ebenso wie ein Alphablocker

Isolierte systolische Hypertonie

- Seltene Hypertonie-Form bei jungen Pat.
- Mehr als **80 % der unbehandelten Pat**. mit Hypertonie im Alter von > 60 Jahren haben eine isolierte systolische Hypertonie
- Behandlung der isolierten systolischen Hypertonie bei älteren Pat. grundsätzlich ähnlich wie bei der kombinierten systolisch-diastolischen Hypertonie bei jüngeren Pat.
- BB sollten bei Pat. mit isolierter systolischer Hypertonie oder allgemeiner Hypertonie mit Arteriensteifigkeit vermieden werden, da sie das Schlagvolumen erhöhen (bei niedrigerer Herzfrequenz)

Isolierte diastolische Hypertonie

- **Isolierte diastolische Hypertonie** wird als ein systolischer BD von < 140 mmHg bei einem diastolischen BD von ≥ 90 mmHg definiert
- Tritt häufiger bei **jüngeren Erwachsenen** auf, insbesondere bei jungen Erwachsenen mit Adipositas oder anderen metabolischen Störungen
- Pat. mit isolierter diastolischer Hypertonie scheinen ein leicht erhöhtes relatives Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen von 5–30 % zu haben
- Es ist **unklar,** ob bei isolierter diastolischer Hypertonie die Einleitung einer blutdrucksenkenden Medikation erforderlich ist, insbesondere bei Pat., deren systolischer BD im Zielbereich von 120–129 mmHg liegt
- Unabhängig davon sollten Pat. mit isolierter diastolischer Hypertonie überwacht werden, da sie ein erhöhtes Risiko für systolische Hypertonie haben

Anmerkungen:

BB: Beta-Blocker
BD: Blutdruck
CCB: Calciumantagonist
CVD: Kardiovaskuläre Erkrankung
HMOD: Hypertoniebedingte Endorganschäden
Pat.: Patient und Patientin
RAS: Renin-Angiotensin-Aldosteron-System
OSAS: obstruktive Schlafapnoesyndrom
SCORE2: Systematic COronary Risk Evaluation 2

Zur vollständigen Guideline →

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