

chlorothiazid). Kann auch mit der Dreifachkombination der erwünschte Zielblutdruck nicht erreicht werden, kommen darüber hinaus Betablocker oder ein Antihypertensivum der zweiten Wahl in Frage, wobei Doxazosin und Spironolacton aufgrund der Studienlage zu bevorzugen seien, so Middeke.

International keine Einigkeit bei den Wirkstoffen

Die in den europäischen Leitlinien mit den anderen vier Substanzen gleichgestellten Betablocker werden von amerikanischen und britischen Fachgesellschaften heute nicht mehr als antihypertensive Erstlinientherapie empfohlen. Basis dieser Empfehlungen sind allerdings laut Middeke alte „Interventionsstudien mit dem nicht selektiven Betablocker Propranolol und dem (alten) selektiven Betablocker Atenolol“. In den Studien hatte sich hier eine Unterlegenheit bei der Primärprävention des Schlaganfalls gezeigt.

Middeke betont allerdings, dass heute ausschließlich moderne selektive Betablocker eingesetzt werden sollen. Einen besonderen Stellenwert unter ihnen habe das vasodilatierende Nebivolol. Dieser Betablocker der dritten Generation hemmt nicht nur hochselektiv β -1-Rezeptoren, sondern aktiviert auch das endotheliale NO-System. Der Wirkstoff senkt den Blutdruck über 24 h und beeinflusst weder Gewicht noch Lipid- und Glukosestoffwechsel, Sexualfunktion oder körperliche Leistungsfähigkeit. Insgesamt könne auf die Betablockade im Rahmen der antihypertensiven Therapie im klinischen Alltag nicht verzichtet werden.

Eine duale Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems wird von der europäischen Hypertoniegesellschaft wegen hoher Nebenwirkungsraten nicht mehr empfohlen. Middeke beklagt bei den zugrunde liegenden Studien allerdings ein ungeeignetes Patientenkollektiv und fordert Untersuchungen mit Probanden mit schwer einstellbarer oder resistenter Hypertonie.

Neue Wirkstoffe in der Pipeline

Neue Hoffnungen setzt man auf eine Substanz mit dem Kürzel LCZ696, die zwei antihypertensive Wirkprinzipien vereint. Einerseits blockiert Valsartan das Renin-Angiotensin-System, andererseits hemmt der Nephrylsininhibitor Sacubitril den Abbau natriuretischer Peptide. Damit ergänzen sich eine vasodilatierende Wir-

kung mit vermehrter Wasser- und Natriumausscheidung und die Reduktion des Blutvolumens. Nachdem erste Studien Vorteile gegenüber den Einzelsubstanzen Valsartan und Enalapril gezeigt haben, muss vor allem das Nebenwirkungsrisiko weiter untersucht werden.

Antihypertensive Chronotherapie

Vor allem bei Risikopatienten mit nächtlicher Hypertonie (Non-Dipper) oder einer Inversion des Blutdruckrhythmus (Inverted Dipper) sind die nächtliche Blutdrucksenkung und die Wiederherstellung eines normalen zirkadianen Rhythmus wichtige Therapieziele. Hierzu zählen Diabetiker mit Hochdruck, Patienten mit hypertensiven Organschäden wie Niereninsuffizienz und Hochdruckherz sowie Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe. Ein weiteres Ziel ist die Vermeidung eines übermäßigen Blutdruckanstiegs am Morgen.

Bei den meisten Menschen mit primärem Hochdruck liegt ein normaler zirkadianer Rhythmus vor. Bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Hypertonie lässt sich mit einer Mono- oder Kombinationstherapie am Morgen eine Blutdrucknormalisierung über 24 h erreichen. Auch wenn die nächtliche Blutdruckabsenkung abgeschwächt oder aufgehoben ist, kann zunächst ein Therapieversuch mit einer lang wirksamen Substanz, die nach dem Aufstehen eingenommen wird, unternommen werden. Sinkt der Blutdruck nachts nicht ausreichend, kann die zusätzliche Gabe von Kalziumantagonisten, Alphablockern oder Clonidin am Abend sinnvoll sein. Bei Patienten mit Inversion des zirkadianen Blutdruckrhythmus ist die zusätzliche abendliche Therapie zur ausreichenden Blutdrucksenkung in der Nacht unumgänglich. Vor allem für ältere Hypertoner ist der nächtliche Blutdruck von Bedeutung: Einer australischen Studie zufolge zeigte nur dieser einen signifikanten Zusammenhang mit kardiovaskulären Ereignissen und Todesfällen, nicht aber der Tages- oder der Praxisblutdruck. Allerdings darf der nächtliche Blutdruck auch nicht zu stark abfallen. Sinkt er um mehr als 20% (Extreme Dipper), steigt bei älteren Patienten das Risiko nächtlicher myokardialer oder zerebraler Mangeldurchblutung. Für diese Patienten kann es sinnvoll sein, für den Tag eine Substanz mit nur mittellanger Wirksamkeit zu wählen. (Christine Starostzik)

Literaturliste beim Verlag.

Geringe Größe = hohes Infarktrisiko?

Große Menschen sind im Vorteil: Sie erkranken seltener an Hypertonie und Diabetes und haben niedrigere LDL-Werte. Entsprechend seltener bekommen sie auch eine KHK und einen Herzinfarkt. Die meisten Genvarianten für einen großen Körper gehen mit einem geringeren KHK-Risiko einher: Ist die Körpergröße genetisch bedingt um eine Standardabweichung (ca. 6,5 cm) geringer, steigt das KHK-Risiko um 13,5%. Allerdings galt dies nur bei Männern!

Nelson CP et al. N Engl J Med (online first)

Akut-EKG per App

Datenschutzbedenken zum Trotz boomt die medizinische App-Branche: Die Cardio-App „CardioSecur active“ dient der Überwachung von Herzinfarktpatienten. Mit einfach zu nutzenden Elektroden wird ein komplettes 12-Kanal-EKG abgeleitet, außerdem die Hinterwandableitungen V7 bis V9. Ein Algorithmus macht eine automatische Auswertung mit einem mehrstufigen Alarmsystem. Auffällige Befunde werden per E-Mail, zusammen mit dem Akut-EKG, direkt an den Arzt geschickt.

conhIT 2015; AppCircus, 15. April 2015

Schwindel durch Schlaganfall?

Etwa jeder dritte Deutsche leidet mindestens einmal im Leben an krankhaftem Schwindel. Im Gegensatz zu den üblichen Verfahren, wie die kalorische Spülung oder die Drehstuhl-Untersuchung, kann der videobasierte Kopfpulstest (vKIT) binnen 15 Minuten Hinweise liefern, ob die Ursache im Innenohr oder im Gehirn liegt. Bei dem Test misst eine Kamera die Augenbewegungen, während der Kopf rasch gedreht wird. Ein MRT ist dann meist nicht mehr nötig.

Mitteilung der DGKN; www.aerztezeitung.de