Initiative KARDIOLOGIE unter der wissenschaftlichen Leitung von Prim. Priv.-Doz. Dr. Georg Delle Karth

Therapieresistente Hypertonie

Aller guten Dinge sind 3 – und dann?

Im klinischen Alltag ist die resistente Hypertonie ein häufiges Problem. Bis zu 20 % der Patient:innen mit arterieller Hypertonie erreichen ihr Blutdruckziel nicht – trotz Therapie mit 3 verschiedenen antihypertensiven Präparaten.

Resistente Hypertonie wird definiert als Office-(Praxis-)Blutdruck > 140/90 mmHg trotz einer angemessenen 3-fachen Kombination aus verschiedenen antihypertensiven Medikamenten – einschließlich eines Diuretikums – in der höchsten bzw. am besten tolerierten Dosierung. Für die korrekte Diagnosestellung sollte ein 24-Stunden-Blutdruckmonitoring hinzugezogen werden, hierbei gilt ein etwas niedrigerer Grenzwert (> 130/80 mmHg).

Entscheidend ist, darauf zu achten, dass eine sogenannte „Pseudoresistenz" ausgeschlossen wird. Hierbei handelt es sich um Fälle, in denen der Blutdruck fälschlicherweise als resistent gegenüber der Behandlung erscheint. Fehlerhafte Messmethoden, mangelnde Medikamentenadhärenz, der „Weißkitteleffekt", die Einnahme blutdrucksteigender Medikamente (z. B. NSAR, Kortikosteroide, Sympathikomimetika) sowie inadäquate Therapiekonzepte sind die wichtigsten Faktoren für eine Pseudoresistenz. Weiters sollte eine Abklärung hinsichtlich sekundärer Hypertonie erfolgen. Zu den häufigsten Ursachen einer sekundären Hypertonie zählen Hyperaldosteronismus, Schlafapnoesyndrom, chronische Niereninsuffizienz und Stenosen der Nierenarterien.

OA Priv.-Doz. DDr. Gernot Pichler, MSc
Abteilung für Kardiologie und Karl Landsteiner Institut für kardiovaskuläre und intensivmedizinische Forschung, Klinik Floridsdorf, Wien

Pathophysiologie und Risikofaktoren

Die Entstehung einer resistenten Hypertonie beinhaltet viele Faktoren. Strukturelle und funktionelle Gefäßveränderungen, Hypervolämie und Aktivierung des Sympathikus- sowie des RAAS-Systems sind wichtige Elemente in der Pathophysiologie. Ein etablierter Risikofaktor ist höheres Alter (> 75 Jahre), weiters haben adipöse Patient:innen sowie Personen mit hohem Salzkonsum, sehr hohem Blutdruck bei Erstdiagnose oder langjähriger unkontrollierter Hypertonie ein erhöhtes Risiko. Entscheidend ist, dass die resistente Hypertonie mit einem deutlich erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden ist. Hypertonievermittelte Organschäden sowie Myokardinfarkt, Insult, Niereninsuffizienz und Gefäßerkrankungen treten bei therapieresistenter Hypertonie häufiger und früher auf – im Vergleich

Wissenswertes für die Praxis

- **Resistente Hypertonie** ist häufig **asymptomatisch**, geht aber mit einer **deutlichen Erhöhung des Herz-Kreislauf-Risikos** einher.
- Ein **24-Stunden-Blutdruckmonitoring** sollte bei allen betroffenen Patient:innen durchgeführt werden.
- Ausschluss einer **„Pseudoresistenz"** sowie einer **sekundären Hypertonie** ist vor Beginn weiterer Therapien essenziell.
- **Lebensstilmaßnahmen**, insbesondere Salzreduktion, sollten empfohlen werden.
- **Spironolacton, Betablocker, Doxazosin** und zentral wirksame Substanzen sind Add-on-Präparate der ersten Wahl.

© Philipp Bauer | NAVIN – stock.adobe.com

zu Patient:innen mit Blutdruckwerten im Zielbereich.

Therapie und Management

Für eine effektive Therapie sollte eine Kombination aus verschiedenen Maßnahmen herangezogen werden. In erster Linie müssen Lebensstiländerungen eingeleitet werden, insbesondere die Reduzierung von Salz- und Alkoholkonsum, die Umsetzung regelmäßiger körperlicher Aktivität sowie Gewichtsverlust bei übergewichtigen oder adipösen Patient:innen. Weiters sollten, wenn möglich, die Einnahme blutdruckerhöhender Substanzen beendet und das aktuelle Therapiekonzept überdacht werden. Liegen die Blutdruckwerte nach diesen Maßnahmen noch immer über dem Zielbereich, erfolgt ein sequenzielles Hinzufügen von weiteren antihypertensiven Medikamenten zur bestehenden Dreifachtherapie.

Als viertes antihypertensives Präparat wird von aktuellen Leitlinien Spironolacton oder ein anderer Mineralkortikoid-Rezeptor-Antagonist empfohlen. Bei stark eingeschränkter Nierenfunktion (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) sollte stattdessen Chlortalidon verwendet werden. Als weitere Optionen können Betablocker, Alpha-Blocker (Doxazosin) und zentral wirksame Antihypertensiva (Clonidin, Methyldopa, Moxonidin) eingesetzt werden. In ausgewählten Fällen kann auch eine interventionelle Blutdrucktherapie mittels Sympathikusdenervierung in den Nierenarterien angedacht werden. Angesichts der Assoziation mit mehreren Begleiterkrankungen und der Notwendigkeit von komplexen medikamentösen Therapieregimen wird empfohlen, Patient:innen mit resistenter Hypertonie an Hypertonie-Spezialist:innen zu überweisen. ■

Literatur beim Verfasser

WAS PATIENT:INNEN WISSEN WOLLEN

Welches Gerät soll ich zur Blutdruckmessung verwenden?

Zur Messung empfiehlt sich ein automatisches Messgerät mit adäquater Oberarmmanschette (Größe angepasst an den Oberarmumfang), validierte Geräte findet man unter *www.stridebp.org*. Manuelle Messgeräte, Manschetten für das Handgelenk oder „wearables" sind obsolet.

Verursachen viele Blutdruckmedikamente Schwindel?

Schwindel kann viele verschiedene Ursachen haben. Bei Hypertonie-Patient:innen zeigt die aktuelle Datenlage, dass eine aggressive antihypertensive Behandlung das Risiko einer orthostatischen Hypotonie senkt. Somit können mehrere oder stärkere Blutdruckmedikamente sogar hilfreich gegen Schwindel sein - eine umfassende individuelle Abklärung ist jedenfalls erforderlich.