



Antworten auf die SPRINT-Studie

Blutdruckmessung und Zielwerte: Update

In ihrem Workshop zum Thema der Blutdruckmessung und der Blutdruckzielwerte gingen Frau **Prof. Dr. med. Antoinette Pechère**, Genf, und Herr Prof. **Dr. med. Yves Allemann**, Bulle, von einem konkreten Fall aus. Ein 63-jähriger Mann stellte sich in der Sprechstunde vor, weil er bei BD-Selbstmessungen meistens Werte um 170/100 mmHg gemessen hat und vermutet, an einer Hypertonie zu leiden. An Risikofaktoren liegt ein Übergewicht mit BMI 29 und eine Dyslipidämie vor. In der Sprechstunde wurde ein BD von 169/106 gemessen. Frage: Hat er eine Hypertonie? Obwohl eine Mehrheit der klinisch erfahrenen Teilnehmer der Frage zustimmten, hält der Referent fest, dass gemäss Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), einer nicht-öffentlichen Einrichtung des Department of Health in Grossbritannien, eine Langzeit-BD-Messung (ambulatory blood pressure monitoring, ABPM) zur Sicherung der Diagnose einer Hypertonie empfohlen ist, da mit dieser Strategie unnötige Behandlungen von Personen, die keine Hypertonie haben, vermieden werden können. Die Methode ist nicht nur kosteneffizient sondern sogar kostensparend. Eine ABPM ist valide, wenn tags und nachts über 70% der Messungen interpretiert werden können und tags mindestens 20 und nachts 7 Messungen vorliegen. Ausgewertet werden Mittelwerte für systolischen und diastolischen BD und Herzfrequenz für die Perioden 24 Stunden, Tag und Nacht während Schlaf, was erlaubt, den nächtlichen BD-Abfall, das sog. Dipping zu erfassen. Als Grenzwerte für die Diagnose einer Hypertonie gelten mittels ABPM gemessene Werte von 130/80 für die 24-Stunden-Periode, 135/85 für den Tag und 120/70 mmHg für die Nacht. Im Vergleich mit der ABPM haben in der Praxis gemessene BD-Werte eine Sensitivität und Spezifität für eine echte Hypertonie von rund 75%, die Heimmessung hat eine etwas höhere Sensitivität von rund 85% bei

schlechterer Spezifität von nur gut 60%. Die Selbstmessung durch den Patienten soll mit einem validierten Gerät in sitzender Position erfolgen, Arm auf einem Tisch gelagert. Gemäss ESC sollen die Messungen über 7 Tage erfolgen mit 2 mal 2 Messungen pro Tag, Resultate des ersten Tages verwerfen, gemäss der 3x3-Regel 3 Messungen morgens vor Frühstück und 3 Messungen abends während 3 konsekutiver Tage, alle Messerwerte sollen rapportiert werden. Zur Dokumentation wird der Blutdruck-Pass der Swiss Society of Hypertension (SHG) empfohlen.

Die Publikation der SPRINT-Studie hat gezeigt, dass eine intensive Blutdruckkontrolle mit Zielwert unter 120 mmHg systolisch zu einer Reduktion von Todesfällen um 27% geführt hat um den Preis erheblicher Nebenwirkungen (Hypotonie, Synkopen, Hyponatriämie, Hypokaliämie, akuter Niereninsuffizienz und Orthostase). Sie hat damit viele Fragen aufgeworfen und zu Verunsicherung geführt. Der springende Punkt ist die Tatsache, dass der BD in der Studie nach konsequentem Sitzen während 5 Minuten in Ruhe 3-mal automatisch gemessen wurde. Vergleiche zeigen, dass solcherart gemessene Werte um systolisch 15 und diastolisch 8 mmHg tiefer liegen als manuell gemessene Werte, wie in der Praxis üblich. Wenn die tatsächlich erreichten BD-Werte der SPRINT-Studie entsprechend korrigiert werden, lagen die Werte der intensiv behandelten Gruppe mit Überlebensvorteil bei durchschnittlich 136 mmHg, was erlaubt, die BD-Ziele der Europäischen Gesellschaften für Hypertonie und Kardiologie ESH/ESC von 2013 weiterhin als Regel zu beachten: Allgemeinbevölkerung 140/90, über 80 Jahre 150/90, Diabetes 140/85, Niereninsuffizienz ohne Proteinurie 140/90, Niereninsuffizienz mit Proteinurie 130/90.

▼ **Dr. med. Hans Kaspar Schulthess**

Quelle: 2. Frühjahrskongress der SGAIM, Lausanne, 3.–5. Mai 2017