

# NEFROcme

4/2008

Fortbildungsperiodikum für Klinik und Praxis

## Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Ich habe Kreislauf!“ – lässt Hape Kerkeling eine seiner Kunstfiguren warnend sagen, wenn sie belästigt wird. Der Volksmund stellt in Stress-Situationen fest: „Ich stehe unter Druck“. Auch geht einem so manches „an die Nieren“. Dies weist empirisch auf den Zusammenhang zwischen Stress, arteriellem Bluthochdruck und dem Organ Niere hin. Doch ist die Compliance der Patienten gering: „Blutdruck tut nicht weh“.

Eine sicher nachgewiesene arterielle Hypertonie muss immer behandelt werden! Änderungen des Lebensstils führen bei geringem bis mittlerem Risiko zwar nachweislich zur Blutdruckkontrolle und Risikosenkung. Doch wird hier dem Patienten ein Höchstmaß an Disziplin abverlangt. Eine adäquate medikamentöse Therapie ist meist notwendig, um die Vielzahl möglicher Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden.

Die Experten gehen auf die Therapie der renovaskulären arteriellen Hypertonie sowie die Risikostratifizierung hinsichtlich früher Endorganschädigungen ein. Schließlich finden Sie eine Bewertung zu Aliskiren.

Viel Freude beim Lesen – und Punkten!

Dr. med. Peter Kohler



## Inhaltsverzeichnis

<b>NEFRO-basics</b> Arterielle Hypertonie	1 – 4
<b>NEFRO-fact</b> Therapie der arteriellen Hypertonie	4 – 5
<b>NEFRO-star</b> Expertenkommentare: Therapie der renovaskulären arteriellen Hypertonie	5 – 1
Risikostratifizierung und frühe Endorganschäden	7
Aliskiren – eine Bewertung des neuen direkten Renin-Inhibitors	8

## Arterielle Hypertonie

In Deutschland haben ca. 50 % der erwachsenen Bevölkerung eine arterielle Hypertonie [1,2]. Die Zahl der Hypertoniker nimmt mit dem Lebensalter zu – als Folge der immer älter werdenden Bevölkerung sowie der weit verbreiteten prädestinierenden Faktoren Übergewicht und Bewegungsmangel.

Nicht oder unzureichend behandelt führt eine arterielle Hypertonie zur Entwicklung gefährlicher **Folgeerkrankungen/Komplikationen**. Diese haben ihren Ursprung meist in einer vorzeitigen Arteriosklerose.

Langfristig führt die chronische arterielle Hypertonie zu einer **diastolischen Relaxationsstörung und Hypertrophie der linken Herzkammer (LVH)**.

Dadurch kommt es zu einer zunehmend unzureichenden Sauerstoffversorgung der einzelnen Myokardfasern. Gleichzeitig kann sich infolge der arteriosklerotischen Veränderungen eine **Koronarsklerose (KHK)** entwickeln. Diese Konstellation prädestiniert für einen **Myokardinfarkt**.

Herzinsuffizienz und KHK sind die **häufigste Todesursache** bei Hypertonikern (2/3 aller Fälle). Im Gehirn kann es zu einer **Hirnblutung** oder einem **ischämischen Hirninfarkt** kommen.

*25. A  
6756  
ZB MED*

**Nierenarterien** sind von den verengten arteriosklerotischen Nierenarterien betroffen. Daraus entsteht ein Teufelskreis: Die geschädigte Niere verstärkt über eine ischämiebedingte Aktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems die arterielle Hypertonie, und diese wirkt weiter als Noxe für die Nieren – bis hin zu chronischer **Niereninsuffizienz**, **Nierenversagen** und **Dialyse**.

Als Folgeerkrankung führt die arterielle Hypertonie zu Veränderungen an den Netzhautgefäßen (**Fundus hypertonicus**).

Komplikationen der arteriellen Hypertonie sind: hypertone Krisen, Bauch-aortenaneurysma, Aortendissektion, maligne arterielle Hypertonie sowie Erhöhung des Nierenkrebsrisikos [3].

Blutdruck (mmHg)	systolisch	diastolisch
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Hoch normal	130 – 139	85 – 89
Hypertonie:		
Grad 1 (mild)	140 – 159	90 – 99
Grad 2 (mittelschwer)	160 – 179	100 – 109
Grad 3 (schwer)	180	110
Isolierte systolische Hypertonie	140	< 90

**Tabelle 1: Klassifikation der arteriellen Hypertonie**  
(nach WHO und ISH sowie ESH/ESC und DHL)

## Definition

Als hyperten gilt ein arterieller Blutdruck > **140/90 mmHg**. Doch schon ab Werten > 120/80 mmHg steigt das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen und Komplikationen [4,5].

**Optimal** ist daher ein Blutdruck von < **120/80 mmHg**. Die Deutsche Hochdruckliga und die Leitlinien der europäischen Gesellschaften für Hypertonie und Kardiologie (ESH/ESC) teilen den früheren „Normalwert-