



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE
– HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG e.V.
German Cardiac Society**

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 (0)211 600 692-0 Telefax: +49 (0)211 600 692-10
<http://www.dgk.org> E-mail: info@dgk.org

Pressemitteilung *Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2014*

Erwartungen für medikamentös therapieresistente Hypertoniker

Statement Prof. Dr. Ulrich Kintscher, Direktor, Center for Cardiovascular Research (CCR), Institut für Pharmakologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Erreicht eine Patientin oder ein Patient mit arterieller Hypertonie unter mindestens 3 Antihypertensiva unterschiedlicher Klassen einschließlich eines Diuretikums nicht einen Zielblutdruckwert von <140/90mmHg, so spricht man von therapieresistenter Hypertonie. Die Bedeutung dieser Erkrankung scheint in den letzten Jahren zuzunehmen, und es wird aktuell von einer Prävalenz der therapieresistenten Hypertonie zwischen 12-14% ausgegangen.

Im Rahmen der Diagnostik gilt es eine „wahre“ Resistenz von einer Pseudoresistenz zu differenzieren. Hierbei ist auf die Therapietreue der Patienten zu achten, eine adäquate, optimal-dosierte antihypertensive Medikation sollte garantiert sein, und sekundäre Hypertonieformen sind auszuschließen. Hervorzuheben ist die Abgrenzung zur Weißkittelhypertonie, bei der die Praxismessungen im hypertensiven Bereich ($\geq 140/90$ mmHg) liegen und gleichzeitig normotensive 24h- oder häusliche Blutdruckwerte gemessen werden. Es wird von einer 25-40%igen Prävalenz der Weißkittelhypertonie bei Patienten mit scheinbarer Therapieresistenz ausgegangen. Zur Diagnosestellung einer „wahren“ Therapieresistenz ist somit unbedingt eine 24h-Blutdruckmessung zu fordern. Patienten mit therapieresistenter Hypertonie scheinen sich klinisch von Patienten mit kontrollierter Hypertonie zu unterscheiden. Sie sind meistens älter, mit höherem Body Mass Index, und haben ein höheres kardiovaskuläres Risiko bei häufigerem Vorliegen von Diabetes mellitus und ausgeprägten Endorganschäden.

Die zugrundeliegenden pathophysiologischen Mechanismen der therapieresistenten Hypertonie sind multifaktoriell und nur unvollständig aufgeklärt. So konnte gezeigt werden, dass die therapieresistente Hypertonie häufig mit erhöhten Plasma-/ Urin- Aldosteron-Spiegeln und persistierendem erhöhten intravaskulären Volumen assoziiert ist. Zusätzlich ist eine chronisch verstärkte Aktivität des sympathischen Nervensystems als ein pathogenetischer Mechanismus gut belegt. Eine

intensivierte Aufklärung dieser Mechanismen sollte maximal unterstützt werden und zeitnah erfolgen, um auf deren Grundlage neue Therapieverfahren einzusetzen und zu entwickeln.

Die Therapieresistenz verlangt zunächst die Anpassung und Intensivierung der medikamentösen Therapie. Auf die optimale und maximal-tolerierte Dosierung der eingesetzten Medikamente, sowie sinnvolle und einfache Kombinationen ist zu achten. Zur weiteren medikamentösen Eskalation sollte dann, nach den aktuellen Leitlinien der ESH-ESC/ DGK-DHL von 2013, der Einsatz von Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten, Amilorid und des Alpha-1-Blockers Doxazosin erwogen werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die therapieresistente arterielle Hypertonie ein zunehmendes klinisches Problem darstellt und neue therapeutische Strategien unbedingt erforderlich sind.