



# Abstract /Kurzfassung

## Hypertonie und Nierenersatzverfahren

Art: Vortrag Ort: Seligweiler

Dauer: 35 Min Von: 14:15-15.00 Uhr Am: 16.3.2019

### Zusammenfassung:

Die arterielle Hypertonie ist immer noch die Nummer eins der Todesursachen und sie ist verantwortlich für weitere Folgeerkrankungen, wie KHK mit Herzinfarkt, Herzmuskelverdickung bzw. Herzmuskelschwäche, Apoplex oder Hirnblutung, pAVK und Schrumpfnieren. Immerhin geschätzt ca 30% der terminalen Niereninsuffizienz gehen auf eine arterielle Hypertonie zurück. Die neuen Leitlinien der ESH/ESC, 2018 veröffentlicht, haben im Gegensatz zu den USA, die Definition der Ziel-Blutdruckwerte nicht geändert. Kleinere Modifikationen gab es beim Behandlungsbeginn, dies betrifft Patienten, die eine Niereninsuffizienz und KHK haben und bei > 80 jährigen Patienten. Generell ist die Empfehlung auch die nichtmedikamentösen Maßnahmen zu verbessern und auch die Prävention der Folgeerkrankungen. Neu ist das als medikamentöse Therapie direkt mit einer Zweifach-Kombination bestehend aus einem ACE-Hemmer oder AT-II-Rezeptor Blocker mit einem Kalziumantagonisten oder einem Diuretikum begonnen werden sollte.

Ca. 90% aller Patienten mit einem Nierenersatzverfahren haben eine arterielle Hypertonie. Die Gründe hierfür sind: Die Volumenüberladung, also die Zunahme des extrazellulären Volumens wegen der verminderten oder nicht vorhandenen Diurese. Veränderungen des Renin-Angiotensin System, eine sympathische Überaktivität, eingeschränkte Vasodilatation (Endothelin-vermittelt). Aber auch genetische Faktoren, geographische Faktoren (Klima), Therapie mit rHuEPO, die Natriumzufuhr oder Natriumkonzentration des Dialysates und das Dialyseregime haben einen Einfluss.

65% aller Patienten die an der Hämodialyse sind haben einen Blutdruck systolisch > 140 mmHg. Die Assoziation mit einer höheren Mortalität und Morbidität ist dabei in vielen Studien gut untersucht. Es zeigt sich eine U- bzw. J- Kurve zwischen dem Blutdruck und der Mortalität. Hypotensive Patienten haben jedoch ein viel höheres Risiko als die hypertensiven Patienten. Auch die Blutdruckabfälle an der Dialyse korrelieren mit einer höheren Mortalität. So dass es eine große Herausforderung ist die Patienten optimal einzustellen und das genaue Trockengewicht festzulegen, damit es nicht zu einem ungewollten Blutdruckabfall an der Dialyse kommt. Das Problem ist ein standardisiertes Verfahren, bei dem das Trockengewicht vorgegeben ist und die Dialyse in der vorgeschriebenen Zeit egal, wie hoch die Volumenlast ist durchgeführt wird. So ist es sinnvoll die Patienten mit dem Blutdruck während der Dialyse zu überwachen, aber das Trockengewicht von Zeit zu Zeit zu ändern bevor es zu einem Blutdruckabfall kommt. Mit einer längeren Dialysezeit oder häufigeren Dialyseintervallen kann das gelingen, dies ist aus mehreren Untersuchungen bekannt. Patienten, die über Nacht

# Nephro Fachtagung Ulm **15.-16.03.2019**

## Hotel Seligweiler



dialysieren oder eine tägliche Dialyse nutzen, benötigen wesentlich weniger Antihypertensiva als der Routinepatient mit 3 x Woche HD. Neuere Erkenntnisse zielen auf die Variabilität des Trockengewichtes und das Festlegen dieses durch regelmäßige klinische Untersuchung, aber auch orthostatische Blutdruckmessungen und/oder die Messung der Vena cava inferior Weite. Eine weitere Option besteht in der Herabsetzung der Dialysattemperatur. Der Gebrauch eines sogenannten Natriumprofils während der Dialyse um die große Flüssigkeitsmenge zu entfernen, ist mit häufigeren Blutdruckabfällen an der Dialyse und einer höheren kardiovaskulären Mortalität assoziiert. Wohingegen eine salzarme Kost von Vorteil ist, da diese Patienten, eine deutlich geringere Hypertonie haben und weniger Tabletten benötigen und weniger freie Flüssigkeit gebunden ist. Eine weitere Möglichkeit ist die pharmakologische Therapie: Im Schnitt benötigt ein HD-Patient 2.5 Medikamente am Tag an Antihypertensiva. Die Gründe, welche Medikamente bevorzugt werden, hängen dabei von den Komorbiditäten ab. In der DOPPS Analyse von 2015 hatten 68% einen  $\beta$ -Blocker, 51% einen Kalziumantagonisten und 38% einen RAAS-Inhibitor. Dabei sollte darauf geachtet werden, welche Medikamente dialysierbar sind und welche nicht, damit Sie nicht Ihre Wirkung während der Dialyse verlieren.

**Referent:** Dr. med Ulla Ludwig, Fachärztin Nephrologie an der Universitätsklinik Ulm