

Prähypertension: eine neue «Nicht-Krankheit»?

Antoine de Torrenté

Sie sind ein 45-jähriger Mann, haben einen BMI von 22, sind Nichtraucher, joggen dreimal wöchentlich 45 Minuten und schwören auf Olivenöl, ein Glas Bordeaux täglich und gedünsteten Fisch. Ihre Eltern sind mit ihren 70 bzw. 75 Jahren noch rüstig. Eine Konsultation bei Ihrem Hausarzt wegen einer Kleinigkeit (etwas Husten gegen Ende der Wintersaison) stürzt Sie – sofern Sie Bürger Ihrer Majestät G.W. Bushs sind – plötzlich in arge Verunsicherung: Unverhofft sind Sie im Lager der Prähypertoniker gelandet. Mehrfach wurde Ihr Blutdruck unter korrekten Bedingungen gemessen, und es ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 129/83. Eben noch waren Sie ein kerngesunder Mensch, und plötzlich gehören Sie zu denen, die an einer Krankheitsvorstufe leiden. Sie befinden sich nun in der Vorhölle der Medizin, wo die neuesten Kunden der Medizin und Pharmaindustrie, die Prähypertensiven, besorgt herumirren. Ein trauriges Los. Als Europäer haben Sie etwas mehr Glück. Hier wird Ihr Blutdruck immer noch als normal beurteilt.

Spass beiseite. Der Beitrag des Lausanner Teams, von international anerkannten Experten verfasst, nimmt sich zu Recht dieses Problems an. Dass der Titel dieser Arbeit ein Fragezeichen trägt, ist begrüssenswert und Ausdruck von Klugheit. Zugegeben, prähypertensive Personen (systolischer Blutdruck zwischen 120 und 139 und ein diastolischer Blutdruck zwischen 80 und 89) haben ein erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens zu denjenigen mit einer wirklichen Hypertension zu stossen. Zugegeben, mit einer Behandlung mit Candesartan (Atacand®) lässt sich die Entwicklung zur Hypertension verzögern, wenn auch die Resultate nach vier Jahren nicht eben eindrücklich erscheinen (Abb. 3 in [1]). Sicher ist es vorteilhafter, einen systolischen Blutdruck von 119 zu haben als einen von 140. Aber man sollte auch vernünftig bleiben.

Wie viele Patienten hat man im vergangenen Jahrzehnt nicht als Prädiabetiker, Prähypertensive, Dylipidämiker etikettiert, weil ständig der Normwert, der Gesunde und Kranke trennt, herabgesetzt wurde? Wie viele von diesen früher durchaus als gesund beurteilten Patienten werden tatsächlich unter irgendwelchen Folgen ihrer

neuen Krankheit zu leiden haben? Wie viele lassen sich ihr Leben vergraulen, weil sie sich auf ihren Blutdruck, ihren Blutzucker, ihr LDL-Cholesterin fixieren? Immerhin könnten die neuen Normen wenigstens zur Förderung sozialer Kontakte beitragen: Die neuen Mitglieder der Gemeinschaft der «Präkranken» werden sich zu einem halben Glas Wein (auf keinen Fall mehr!) treffen, dazu ein Stück Vollkornbrot mit einigen rohen Karotenscheibchen knabbern und zum Dessert ... Nein, kein Dessert, sondern am Schluss dieser aberwitzigen Runde die feierliche Einnahme der rettenden Tablette.

Was an solchen Konzepten stört, ist die Tatsache, dass sie eine riesige Zahl von Menschen umfassen, die sich untereinander stark unterscheiden. Unter diesen Prähypertonikern werden einige sein, die hochbetagt durch einen Unfall sterben, andere werden schon vor 45 ihren ersten Infarkt durchmachen. Wie soll man diejenigen herausfinden, bei denen sich eine Behandlung lohnt? Die Autoren des Artikels sind klug und vorsichtig: Sie empfehlen, zunächst *alle* bekannten metabolischen Risikofaktoren, die Lebensgewohnheiten, das soziale Umfeld, die Familienanamnese mit in Betracht zu ziehen und geeignete Ratschläge zu erteilen. Erst nachher ist eventuell ein Medikament zu verschreiben. Hier wird endlich wieder dem Urteil des guten Arztes der nötige Raum gegeben, die Kunst der ärztlichen Betreuung steht über der simplen Arithmetik und dem sklavischen Befolgen von Richtlinien. Zum Schluss sei Brendan M. Reilly aus der Zeitschrift «Lancet» zitiert: «... all clinicians struggle to translate the results of published research into the care of a unique patient. This population-to-person problem, the generic dilemma of practising evidence-based medicine, needs not only the skill to search and understand the published medical literature but also the *judgment* (Hervorhebungen AdT) to use it or not in individual cases» [1]. Was für weise Worte!

Widerstehen wir der Versuchung allzu enger Regeln. Sonst stellt sich uns in fünf Jahren bereits die Frage, ob wir auch den prä-prähypertensiven Patienten behandeln sollen! Ich wünsche allen ein gutes neues Jahr!

Literatur

- 1 Reilly, Brendan M. Inconvenient truths about effective clinical teaching. Lancet. 2007;370:705–11.