

Therapieresistente hypertensie en zijn behandeling

Dr Ignace Becaus (OLV Aalst).

Tempo Medical, maart 2010, nummer 322 - pg. 33.-34



Definitie: falen om bij hypertensieve patiënten een bloeddruk te bereiken van maximum 14/9 (of maximum 13/8 bij patiënten met diabetes, chronisch nierlijden met proteïnurie of coronair lijden), ondanks een doorgedreven simultane behandeling met drie maximaal gedoseerde antihypertensiva van verschillende klassen waaronder een diureticum.

Dergelijke combinatietherapie kan bestaan uit een ACE inhibitor of Angiotensine Receptor Blokker, een Calciumblokker en een diureticum.

De anamnese is het meest belangrijke element in de aanpak van dergelijke probleem.

- ◆ Welke bloeddrukverlagende medicatie neemt patiënt nu en in welke dosis ?
- ◆ Is er therapietrouw ?
- ◆ Welke potentieel bloeddrukverhogende medicatie wordt ingenomen ?
- ◆ Is er voldoende lichaamsbeweging ?
- ◆ Hoe is de gewichtsevolutie de laatste tijd ?
- ◆ Wordt een zoutbeperkend dieet gevolgd ?
- ◆ Is er alcoholgebruik ?

Etiologie van therapieresistente hypertensie

1. Suboptimale therapie:

Dit is de meest voorkomende, maar ook best corrigeerbare oorzaak : te weinig of te laag gedoseerde antihypertensiva en de afwezigheid van een diureticum liggen meestal aan de basis van deze resistente gevallen.

2. Extracellulaire volume expansie ten gevolge van te grote zout- en bij hart- en nierlijden eveneens te grote vochtinname. Obesitas en alcohol inname dragen ook bij tot therapie resistentie.
3. Gebrekkige therapietrouw ten gevolge van reële of vermeend aanwezige bijwerkingen van de ingenomen medicatie, gemakzucht, de kostprijs van de medicatie, onjuiste bloeddrukmeting maken ook een belangrijk deel uit van de therapie resistente gevallen. Minder dan 40 % van de patiënten blijft na verloop van tijd trouw aan de ingestelde therapie.
4. Inname van potentieel bloeddrukverhogende middelen : Naast zout en alcohol werken sympathico-mimetica (bijvoorbeeld neusdruppels met pseudo-efedrine), amfetamines, corticoïden, cocaïne en zeker niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen waaronder ook aspirine, negatief in op de ingestelde bloeddrukverlagende therapie. Sommige van deze medicaties kunnen echter niet worden gestopt, zoals calcineurine- inhibitoren (bv ciclosporine) bij transplantpatiënten of erythropoëtine bij nierpatiënten. Hormonale contraceptiva dienen ook best gestopt indien de bloeddruk niet onder controle komt.
5. White coat hypertension: 25% van de patiënten met hoge bloeddrukmeting tijdens het spreekuur zijn white coat hypertensies. Deze diagnose wordt duidelijk wanneer we de bloeddruk buiten het kabinet van de geneesheer laten meten door een verpleegassistente of door een automatische bloeddrukmeting, hetzij aldaar, hetzij thuis. Dit zijn de categorie patiënten die onder de voorgeschreven antihypertensieve medicatie hypotensieve symptomen met zwaktegevoel en duizeligheid ontwikkelen en die geen orgaanschade vertonen (geen linkerventrikelhypertrofie op echo-cardiogram of ECG, geen oogfundusafwijkingen, geen micro- of macro-albuminurie).

6. Secundaire hypertensie : Bij oudere patienten is het vinden van secundaire hypertensie uiteraard meer frequent. Arteria renalisstenose kan worden vermoed bij patiënten met diffuse atherosclerose of bij een acute daling van de nierfunctie na het opstarten van een ACEI of een angiotensine-II-blokker.

Primair hyperaldosteronisme bij een niet-uitgelegde hypokaliëmie (dit echter slechts in 50 % van deze pathologie aanwezig) komt voor in 20 % van de therapie resistente hypertensie gevallen.

Slaapapnoe patiënten kunnen een resistente hypertensie ontwikkelen. Het exact mechanisme hiervan is niet bekend. Feochromocytoom, Cushing syndroom en chronisch nierlijden behoren alle tot de mogelijke oorzaken en dienen in de juiste context uitgesloten.

7. Pseudo-hypertensie :

Bij oudere patiënten met verdikte en verkalkte arteriën dient men de bloeddrukmeter hoger op te pompen om hun arteriën gecompriëerd te krijgen. De afgelezen bloeddrukwaarde is dan ook hoger dan de intra-arteriële werkelijkheid. Deze patiënten vertonen in verhouding tot de gemeten hoge bloeddrukwaarde geen of slechts geringe eindorgaanschade, terwijl de toegediende antihypertensiva duizeligheid en zwaktegevoel ten gevolge van hypoperfusie van de organen uitlokken.

Behandeling van therapieresistente hypertensie

Uit hetgeen voorgaat kunnen de volgende richtlijnen worden gedistilleerd.

- ◆ Laat patiënten hun bloeddruk thuis opvolgen of laat een 24 uur automatische bloeddrukregistratie gebeuren wanneer er twijfel bestaat over het al dan niet reëel zijn van de gevonden bloeddrukstijging.
- ◆ Adviseer regelmatige lichaamsbeweging, lage zoutinname, alcoholbeperking en gewichtsreductie bij obesiteit,
- ◆ Behandel slaapapnoesyndroom.
- ◆ Vermijd of stop indien mogelijk medicatie welke bloeddrukverhogend werkt.
- ◆ Associeer een thiazide als standaardonderdeel van de therapie (een lisdiureticum bij nierinsufficiëntie met MDRD < 30) bij een therapiegetrouwe patiënt waarbij secundaire, white coat hypertensie en pseudo-hypertensie is uitgesloten. Dit diureticum moet progressief het subklinisch aanwezig overtollige zout en vocht verwijderen.
- ◆ Pas deze behandeling aan wanneer de bloeddruk onder controle is gekomen of er tekenen van volumedepletie ontstaan, zoals orthostatische hypotensie, of een creatinestijging van méér dan 30 %.
- ◆ Soms dient aan de bestaande associatie van antihypertensiva nog een krachtige vasodilatator (zoals Hydralazine of Minoxidil) toegevoegd, waarbij de diuretica dosis zal moeten worden verhoogd ter bestrijding van de ontstaande vochttopstapeling erdoor uitgelokt. Een alternatief is het toevoegen van een sympathicoliticum (alfablokker of een centraal werkend adrenergicum), of het toevoegen of verhogen van een bètablokker wanneer reflextachycardie optreedt.
- ◆ Soms kan bij therapieresistente patiënten het toevoegen van spironolactone of amiloride de bloeddruk onder controle brengen. Aandacht voor nierfunctie en elektrolyten (cave hyperkaliëmie) is met deze (en trouwens met alle K- sparende diuretica) ten zeerste aangewezen.
- ◆ In uitzonderlijk therapieresistente gevallen kan een ablatie van de renale sympathicuszenuwen worden overwogen, alhoewel aanvullende klinische studies de definitieve waarde hiervan nog moeten aantonen.

