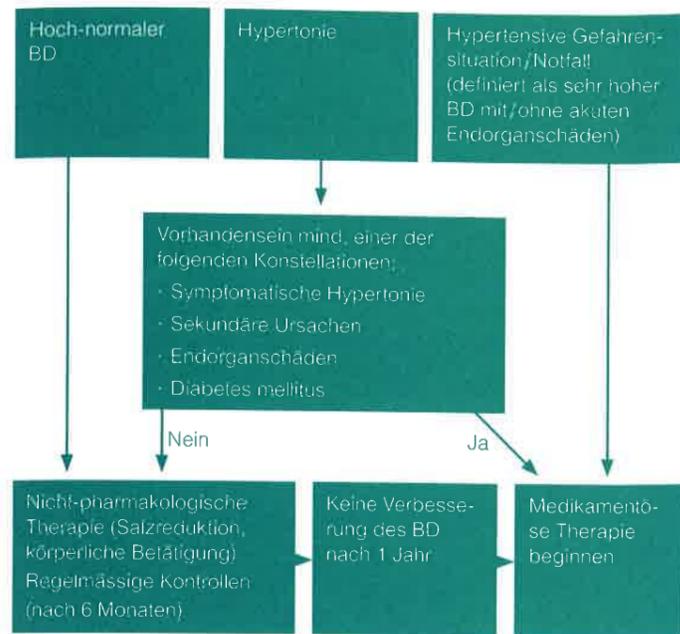


## MEDIKAMENTÖSE THERAPIE



(Adaptiert von Lurbe E et al. J Hypertens 2016)

## LANGFRISTIGE THERAPIEZIELE (MIND. 3 MONATE THERAPIE)

### Pädiatrische Hypertonie allgemein:

- <95. Perzentile empfohlen
- <90. Perzentile in Betracht ziehen

### Typ 1 or 2 Diabetes mellitus:

- <90. Perzentile empfohlen
- <75. Perzentile bei chronischer Nierenerkrankung ohne Proteinurie
- <50. Perzentile bei chronischer Nierenerkrankung mit Proteinurie

### Kinder mit chronischer Nierenerkrankung:

- <75. Perzentile ohne Proteinurie
- <50. Perzentile mit Proteinurie

## WAHL DER ANTIHYPERTENSIVEN THERAPIE

Die Wahl der Therapie und die Kombinationstherapie von verschiedenen Wirkstoffen ist prinzipiell analog zur Hypertonie beim Erwachsenen. Bei sekundärer Hypertonie: Abhängig von der Ursache der sekundären Hypertonieform erfolgt die Wahl der Therapie basierend auf pathophysiologischen Aspekten und klinischer Erfahrung (Therapie durch Spezialisten).

Chronische Niereninsuffizienz	ACE-I, ARB, Diuretikum
Aortenisthmusstenose	CCB, ARB, BB
Diabetes mellitus	ARB, ACE-I
Adipositas	ARB, ACE-I
Migräne	CCB, BB
Corticosteroid-induzierte Hypertonie	Diuretika (Thiazide)

ACE-I: ACE-Hemmer, ARB: Angiotensin Rezeptorblocker, BB: Betablocker, CCB: Kalziumkanalblocker

Wahl von Medikamenten mit langer Halbwertszeit (Gabe einmal täglich) und kindgerechtem Geschmack

	Gewichtsadaptierte Dosis: >40 kg (mg)	Gewichtsadaptierte Dosis: 25–40 kg (mg)	Gewichtsadaptierte Dosis: 10–25 kg (mg)	
ACE-Hemmer	10–30	5–20	2,5–10	Lisinopril
ARB	8–16	4–8	2–4	Candesartan
Betablocker	100–200	25–100	10–25	Metoprolol
Kalziumkanalblocker	10–20	5–10	2,5–5	Nifedipin
Thiaziddiuretika	20–40	10–20	5–10	Lercanidipin
Kaliumkanalblocker	25–50	12,5–25	6,25–12,5	Amilorid
Diuretika	50–200	12–100	12–25	Spiroonacton

Falls notwendig, sollte die Dosis nicht vor 6 Wochen nach Beginn. Dosierung gemäß den Zulassungsunterlagen (nicht höher als die zugelassene Dosierung bei Erwachsenen).

Blutdruckwerte unter dem angegebenen Blutdrucklimit benötigen keine weiteren Abklärungen. Blutdruckwerte über dem angegebenen Limit sollen mittels Perzentilentabellen verglichen werden und benötigen möglicherweise weitere Abklärungen. Über dem 16. Altersjahr gilt ein Grenzwert von 130/85mmHg.

Körpergrösse (cm)	Körpergrösse-Intervall (cm)	Systolischer BD (mmHg)	Diastolischer BD (mmHg)
80	<85	99	57
90	85–94	103	61
100	95–104	106	64
110	105–114	108	68
120	115–124	110	71
130	125–134	113	74
140	135–144	116	76
150	145–154	120	80
160	155–164	120	80
170	165–174	120	80
180	≥175	120	80

Angepasst nach Ma et al. Hypertension 2016; Chiolerio et al. J Hypertens 2013

Bei Verdacht einer arteriellen Hypertonie bei Kindern >5–6 Jahren sollte eine 24-Stunden-Messung zur Differenzierung folgender Hypertonieformen erfolgen:

- weiskittel-Hypertonie (BD erhöht bei Praxismessung, normal in der 24-Std.-BD-Messung)
- Maskierte Hypertonie (BD normal in der Praxismessung, erhöht in 24-Std.-BD-Messung)
- isolierte nächtliche Hypertonie (erhöhter BD nur während des Schlafes)
- anhaltende Hypertonie (erhöhter BD sowohl in der Praxis als auch in der 24h-Std.-BD-Messung)

Eine Screening-Untersuchung bezüglich arterieller Hypertonie wird ab dem Alter von 6 Jahren empfohlen (Schweizerische Pädiatrische Gesellschaft). Die Europäische Hypertoniegesellschaft empfiehlt ein Screening ab dem Alter von 3 Jahren (Lurbe E et al. J Hypertens 2016). Für Hochrisikogruppen (Frühgeburt <32. Schwangerschaftswoche oder sehr niedriges Geburtsgewicht) wird ein Screening ab dem 1. Altersjahr empfohlen (Luyckx VA et al., Lancet 2017).

## NEUDIAGNOSE EINER ARTERIELLEN HYPERTONIE WAS SIND DIE NÄCHSTEN SCHRITTE?

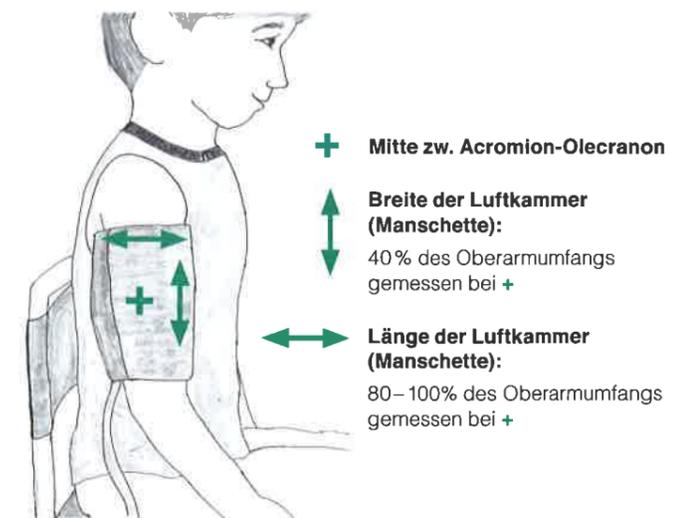
1. Bestätigung der Diagnose Hypertonie in der 24-Std.-BD-Messung
2. Anamnese, klinische Untersuchung, Laboruntersuchungen (Suche nach sekundärer Ursache – häufig bei kindlicher Hypertonie)
3. Evaluation hinsichtlich möglicher Endorganschädigungen
4. Lifestyle-Änderungen: Salzreduktion, regelmässige körperliche Betätigung, Gewichtsreduktion

Durchführung dieser Untersuchungen in der Regel in spezialisierten Zentren (pädiatrische Nephrologie in Zusammenarbeit mit pädiatrischer Kardiologie; Spitäler Aarau, Baden, Basel, Bellinzona, Bern, Biel, Chur, Genf, Lausanne, Luzern, St.Gallen, Zürich)

### Basisdiagnostik:

- Labor: Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, Harnsäure, Nüchternblutglukose, Cholesterin total, HDL und LDL, Triglyceride, Urinstatus (Protein/Creatinin-Quotient, Albumin/Creatinin-Quotient)
- Echokardiographie
- Sonographie Nieren und Harnwege mit Doppler

## WIE SOLL MAN DEN BLUTDRUCK BEI KINDERN MESSEN?



### © Copyright 2021 – Urheberrechtshinweis

Alle Inhalte dieser Broschüre, insbesondere Texte und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich gekennzeichnet, bei der Schweizerischen Hypertonie Gesellschaft. Expertenmeinung ohne Haftung.

In diesen Empfehlungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschliesslich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

Schweizerische Hypertonie Gesellschaft  
Dufourstrasse 30, CH-3005 Bern, Schweiz

info@swisshypertension.ch  
www.swisshypertension.ch



Schweizerische Hypertonie Gesellschaft  
www.swisshypertension.ch

