

Antihypertonika

Nach den klassischen Arzneistoffgruppen folgen nun Alpha-1-Blocker, direkte Vasodilatoren, Clonidin und Methyldopa. Sie sind nicht die erste Wahl der Monotherapie, aber Partner in der **Kombinationstherapie**.

Patienten, die schwer mit den üblichen Blutdruckmitteln einzustellen sind, erhalten mehrere Wirkstoffe, um möglichst von den verschiedenen Angriffsstellen zur Senkung des Blutdrucks zu profitieren. Eine weitere Angriffsstelle zur Senkung des Sympathikotonus sind die alpha-Rezeptoren. Über Stimulation der alpha-1-Rezeptoren kommt es zur Aktivierung, über Stimulation der alpha-2-Rezeptoren zur Hemmung des Sympathikus. So vervollständigen zentral wirkende alpha-1-Blocker und alpha-2-Aktivatoren das Kontingent der Antihypertonika, die am vegetativen Nervensystem ansetzen.

Zentral wirkende alpha-1-Blocker wie Doxazosin, Terazosin oder Urapidil verhindern die Stimulation der alpha-1-Rezeptoren durch Adrenalin und Noradrenalin und senken so den peripheren Widerstand. Diese Wirkstoffe werden in der Monotherapie nur selten eingesetzt, haben aber ihren Stellenwert in der Behandlung der Prostatahyperplasie und des Raynaud-Syndroms. Typische Nebenwirkungen sind Schwindel, Reflextachykardie, Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden und Erektionsstörungen. Bei Patienten mit einer Anurie oder fortschreitenden Niereninsuffizienz sind alpha-1-Blocker in der Monotherapie kontraindiziert. Außerdem sollten Patienten mit einer Prostatahyperplasie und Überlaufblase oder Stauungen in der Blase

keine alpha-1-Blocker einnehmen. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz sollten sie nur mit Vorsicht eingesetzt werden.

Moxonidin oder Clonidin stimulieren alpha-2-Rezeptoren und wirken darüber vasodilatatorisch und blutdrucksenkend. Diese Arzneistoffe dürfen wegen eines möglichen reflexartig ansteigenden Blutdrucks nicht abrupt abgesetzt werden. Außerdem ist es wichtig, dass die Einnahme regelmäßig erfolgt und nicht immer mal wieder tageweise vergessen wird. Typische Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, Orthostase und Sedierung. Sie sollten bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen, schweren Durchblutungsstörungen und einer Bradykardie nicht eingesetzt werden. Ebenfalls zu den direkten Vasodilatoren zählen Hydralazin, Dihydralazin und Minoxidil. Sie greifen an den kleinen Arterien und Arteriolen an und senken so den peripheren Widerstand. Die drei Wirkstoffe verursachen leicht eine Tachyphylaxie – also eine Toleranzentwicklung gegenüber diesen Arzneistoffen, sodass sie besser nur im Rahmen einer Kombinationstherapie zum Beispiel mit Betablockern oder Diuretika verordnet werden sollen. Häufig kommen als Nebenwirkungen Reflextachykardien, Ödeme, Schwindel und gastrointestinale Beschwerden vor. Minoxidil hat die besondere Nebenwirkung der Hypertrichose, also des vermehrten Haarwuchses, der sich nach Absetzen wieder zurückbildet.

Aus diesem Grund gibt es Minoxidil auch als lokale Darreichungsform zur Behandlung der Alopezie.

Alpha-Methyldopa wird insbesondere zur Therapie der Hypertonie in der Schwangerschaft eingesetzt. Es reduziert den Sympathikotonus, indem es die Metabolisierung von Levodopa in Dopamin hemmt und parallel weniger Noradrenalin produziert wird. Diese Wirkung begünstigt auf der anderen Seite Nebenwirkungen, die aus einer verminderten Noradrenalin-Konzentration resultieren, zum Beispiel Depressionen. Für den Einsatz in der Schwangerschaft ist alpha-Methyldopa besonders geeignet, da der Erfahrungsumfang hoch ist und die Verträglichkeit für das Kind gegeben ist. Der Wirkstoff ist gut plazentagängig, sodass die Konzentrationen im mütterlichen und fetalen Serum etwa gleich sind. Laut www.embryotox.de gibt es zur Hypertonie-Therapie in der Schwangerschaft keine besser erprobten Alternativen. Allerdings treten auch unter alpha-Methyldopa Rebound-Phänomene auf, sodass es in der Standardtherapie nicht erste Wahl ist. ■

*Dr. Katja Renner,
Apothekerin*