

Kristina Bischoff

Dr. med.

## **Weißkittelhypertonie bei Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes: Prävalenz klinische Besonderheiten und Verlauf**

Geboren am 10.11.1977 in Böblingen

Reifeprüfung am 17.06.1997 in Neckarbischofsheim

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1998 bis WS 2004/2005

Physikum am 22.03.2000 an der Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Heidelberg

Staatsexamen am 16.11.2004 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Ch. Hasslacher

Über die Weißkittelhypertonie bei Diabetikern ist trotz ihrer beträchtlichen Prävalenz bis heute immer noch wenig bekannt. Darüber hinaus haben die wenigen zu diesem Thema veröffentlichten Studien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt. So betrachten einige Autoren die Weißkittelhypertonie als ungefährliche Variante des normalen Blutdrucks, andere wiederum sehen in ihr ein Vorstadium der manifesten Hypertonie, welches durch die frühzeitigere Entstehung und schnellere Progression mikrovaskulärer und makrovaskulärer Begleiterkrankungen charakterisiert ist. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es deshalb, mehr über die Prävalenz, die klinischen Besonderheiten und den Verlauf dieses Phänomens bei Diabetikern zu erfahren.

In unserer Studie wurden insgesamt 78 Typ-1-Diabetiker und 235 Typ-2-Diabetiker untersucht, die alle im Jahre 1999 im St. Josefskrankenhaus Heidelberg ambulant oder teilstationär geschult wurden. Die Diagnose einer Weißkittelhypertonie wurde bei Blutdruckwerten  $> 140/90$  mmHg in der Gelegenheitsmessung und normalen Tagesmittelwerten  $< 135/80$  mmHg in der Langzeitmessung gestellt.

Bei den Typ-1-Diabetikern mit erhöhten Werten in der Gelegenheitsmessung betrug die Prävalenz der Weißkittelhypertonie 45,5 %. Im Vergleich zur normotonen

Kontrollgruppe konnte bei den Patienten mit Weißkittelhypertonie eine erhöhte Albuminausscheidung (15,6 vs 10,6 mg/l), eine erniedrigte Kreatininclearance (95,9 vs 106,8 ml/min) und eine erhöhte Polyneuropathiefrequenz (53,3 vs 13,3 %) festgestellt werden. Bei der Nachuntersuchung 2 Jahre später wurde außerdem eine erhöhte Retinopathiefrequenz (80,0 vs 46,7 %) und eine Tendenz zur Entwicklung einer manifesten Hypertonie (33,3 vs 13,3 %) beobachtet.

Bei den Typ-2-Diabetikern mit erhöhten Werten in der Gelegenheitsmessung betrug die Prävalenz der Weißkittelhypertonie nur 20,1 %. Auch hier war im Vergleich zur normotonen Kontrollgruppe bei den Patienten mit Weißkittelhypertonie die Albuminausscheidung erhöht (20,3 vs 12,7 mg/dl) und die Kreatininclearance erniedrigt (111,6 vs 127,8 ml/min). Bei der Nachuntersuchung 2 Jahre später konnte auch hier eine erhöhte Polyneuropathiefrequenz (62,9 vs 29,6 %) und eine erhöhte Retinopathiefrequenz (66,7 vs 33,3 %) sowie eine Tendenz zur Entwicklung einer manifesten Hypertonie (18,5 vs 7,4 %) nachgewiesen werden.

Eine Weißkittelhypertonie konnte in der Gruppe der Typ-1-Diabetiker also wesentlich häufiger festgestellt werden als in der Gruppe der Typ-2-Diabetiker. Gemeinsames Kennzeichen der Weißkittelhypertoniker beider Diabetestypen waren eine erhöhte Albuminausscheidung, eine erniedrigte Kreatininclearance sowie eine erhöhte Polyneuropathiefrequenz und eine erhöhte Retinopathiefrequenz. Weiterhin zeigten sich in der Verlaufsbeobachtung eine Verschlechterung dieser Parameter und eine Tendenz zur Entwicklung einer manifesten Hypertonie.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, daß es sich bei Diabetespatienten mit Weißkittelhypertonie keineswegs um eine Gruppe ohne zusätzliche Risiken handelt. Gerade diese Patienten müssen besonders beobachtet und in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden, um die Manifestation einer Hypertonie rechtzeitig zu erkennen und so die Entstehung und das Fortschreiten von mikrovaskulären und makrovaskulären Endorganschäden durch eine frühzeitige antihypertensive Therapie zu verhindern.