

Hypertonie: Was ist besser – Laufen oder einfach nur Gehen?

Gérald Gremion

Die arterielle Hypertonie kann verschiedene kardiovaskuläre Komplikationen verursachen, sowohl hinsichtlich Morbidität als auch Mortalität. Ihr Auftreten hat dank adäquater Behandlung, zusammen mit spezifischen Verhaltensregeln, stark abgenommen. Die Letzteren umfassen den Kampf gegen Übergewicht, Bewegungsmangel und Tabakkonsum. Regelmässige körperliche Betätigung wird Hypertoniern sehr ans Herz gelegt; deren Anwendungsmodalitäten und Umsetzung sind jedoch noch immer schlecht definiert, wie das noch bei vielen anderen gesundheitlichen Problemen der Fall ist. Was ist zu tun? Ein leichter Lauf, oder aber, ganz im Gegenteil, ein intensives Training, Laufen, Radeln oder Gehen und in welchem Rhythmus, mit welcher Häufigkeit? Viele Fragen, die nicht eindeutig beantwortet werden können. Es ist klar, das Ziel ist ein gesteigerter Energieverbrauch, aber es gibt unzählige Art und Weisen, dies zu erreichen; ausserdem ist der Vergleich zwischen Laufen und Gehen ein gutes Beispiel für diese Debatte. Während Gehen eine typische Aktivität mit mässiger Intensität ist (auch wenn zügiges Gehen sich durch grosse Intensität auszeichnen kann), ist Laufen mit einer hohen bis sogar sehr hohen Intensität verbunden.

Also denn, soll der Hypertoniern nun gehen oder laufen, wenn er sein krankheitsbedingtes Unfallrisiko reduzieren will? Eine breit angelegte prospektive Kohortenstudie mit 6973 Gehern und 3907 Läufern, von denen alle regelmässig antihypertensive Medikamente einnehmen, hat versucht, diese Frage zu beantworten. Die Auswirkung des Energieverbrauchs auf die Mortalität wurde anhand eines proportionalen Risikomodells in MET-Stunden (metabolic equivalent) pro Tag (MET-Std./Tag) gemessen.

Nach einer Nachkontrollzeit von 10,2 Jahren, belief sich die Zahl der Todesfälle auf 1121; 695 waren kardiovaskulär bedingt, welche mithilfe des ICD10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision) eruiert wurden. In 465 Fällen wurde die Todesursache einer kardiovaskulären Attacke zugeschrieben, während dieser Befund in den anderen 230 Fällen lediglich ein Begleitfaktor war. Die Liste der potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen lautet wie folgt: zerebrovaskuläre Krankheiten (n=124), ischämische Herzkrankheiten (n=353, kausal, n=257), Herzinsuffizienz (n=122, kausal, n=24), Herzrhythmusstörungen (n=260, kausal, n=24).

Die Auswirkung des Energieverbrauchs auf die Todesfälle und ihre Ursachen wurde mit einem Wert berechnet, der als nicht signifikant erachtet wird ($<1,07$ MET-Std./Tag). Laufen oder Gehen mit einem Energieverbrauch von 1,8 bis 3,6 MET-Std./Tag hat zu einer deutlichen Reduzierung der nachfolgenden Ereignisse oder deren Ursachen geführt: Gesamtmortalität (–29%, $p=0,0001$), kardiovaskuläre Krankheiten (–34%, $p=0,0001$), zerebrovaskuläre Krankheiten (–55%

$p=0,001$), Herzrhythmusstörungen (–47%, $p=0,0001$) und Herzinsuffizienz (–51%, $p=0,003$).

Dieselbe Berechnung für einen Energieverbrauch von $\geq 3,6$ MET-Std./Tag (vs $< 1,07$), unabhängig davon, ob dieser durch Gehen oder Laufen erzielt wurde, hat zu ähnlichen Ergebnissen geführt, was Gesamtmortalität (–22%, $p=0,005$), kardiovaskuläre Krankheiten (–36%, $p=0,0002$), zerebrovaskuläre Krankheiten (–47%, $p=0,03$) und Herzrhythmusstörungen (–43%, $p=0,004$) angeht. Die Mortalität in Verbindung mit Diabetes und chronischer Niereninsuffizienz hat in Bezug auf die Anzahl MET-Std./Tag ebenfalls signifikant abgenommen. Die Resultate haben sich unter Berücksichtigung des Body-Mass-Indexes nicht verändert, und die Dosis-Wirkungsbeziehung war mit Ausnahme von Diabetes, zerebrovaskulären Krankheiten und chronischer Niereninsuffizienz für alle beobachteten Ereignisse nicht linear.

Welche Schlüsse lassen sich ziehen? Die Prävention der Mortalität aufgrund einer arteriellen Hypertonie scheint mehr vom Energieverbrauch abhängig zu sein als von der Art und Weise, wie die Energie verbraucht wird, ob der Patient nun geht, läuft oder Rad fährt. Und dann ist das nun mal Geschmackssache. Die Studie hat jedoch nicht auf alle Fragen eine Antwort, insbesondere nicht betreffend die Optimierung der körperlichen Aktivität bei dieser Krankheit. Das Problem ist zu komplex, als dass eine einzige Studie es behandeln könnte. Es gilt, am Ball zu bleiben und weitere Studien ins Auge zu fassen, um weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Literaturangabe

Williams PT et al.: Walking and Running Produce Similar Reductions in Cause-Specific Disease Mortality in Hypertensives. 2013; 62: 485–49.

