

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

SCHROER R

Fallbericht: Blutdrucksenkung ohne Reizhusten

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2001;
5 (2), 35-36*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

FALLBERICHT: BLUTDRUCKSENKUNG OHNE REIZHUSTEN

Der 50jährige pensionierte Bergmann wiegt 89 kg bei einer Größe von 175 cm. Bis zu seinem Herzinfarkt 1994 rauchte er etwa 40–50 Zigaretten/Tag. Der Alkoholkonsum beschränkte sich auf 2 bis 3 l Bier am Wochenende. Während seiner beruflichen Tätigkeit bestand seine Ernährung häufig aus „Fast food“. Die körperliche Aktivität ist gering. Der Vater war ein starker Raucher und hatte eine Hypertonie. Er verstarb mit 72 Jahren nach einem apoplektischen Insult.

Der Patient wird seit 1993 in meiner Praxis behandelt. Die Diagnose Hypertonie wurde erstmalig vor neun Jahren gestellt. Seit 1991 ist ein Diabetes mellitus bekannt. 1994 erlitt er einen Herzinfarkt.

Im Dezember 1998 wurde der Patient zu einer Kontrolluntersuchung in meiner Praxis vorgestellt.

DIAGNOSTIK (12/98)

Ruhe-EKG: Sinusrhythmus, Herzfrequenz 98/min., Linkstyp, Q in II–III, terminale T-Negativierung V5/6 (Posterolateralinfarkt)
Belastungs-EKG (Steigerung 50–75–100 Watt/2 min.): Herzfrequenz-Anstieg von 94/min. auf max. 150/min., Steigerung des Blutdrucks von 180/100 mmHg auf max. 250/120 mmHg bei 100 Watt, Abbruch wegen Dyspnoe, keine Endstreckenveränderung, keine Angina pectoris, keine Herzrhythmusstörungen, nach 8 min. Ausgangswerte wieder erreicht

Echokardiographie: linksventrikuläre konzentrische Hypertrophie, hypokinetische Hinterwand, diastolische Relaxationsstörung, $E < A$, EF ~ 55 %, IVS 13,9 mm

Koronarangiographie: koronare 1-Gefäß-Erkrankung (periphere RCA-Stenose), hypokinetische Hinterwand, EF ~ 59 %

Laborparameter: siehe Tabelle 1.

Diagnose: Hypertonie, Diabetes mellitus, KHK

THERAPIE UND -VERLAUF

Bisherige Verordnungen: Die Hypertonie und die KHK wurden seit 1994 mit Captopril in der Dosierung 2 x 50 mg/Tag und mit Metoprolol 2 x 100 mg/Tag sowie mit Acetylsalicylsäure 1 x 100 mg/Tag behandelt. Der Diabetes mellitus wird seit 1991 mit Depot-H-Insulin (24-0-12 E) therapiert. Zudem wurde eine fett-reduzierte Diabetes-Diät mit 10 BE pro Tag empfohlen. Im Verlauf des letzten Jahres entwickelte sich unter Captopril ein trockener Reizhusten. Zudem wurden häufig zu hohe Blutdruckwerte gemessen, die im Dezember 180/110 mmHg betrugen.

Neue Verordnungen: Der zunehmend stärker werdende Reizhusten und die unbefriedigende Blutdrucksenkung unter dem ACE-Hemmer machten eine Therapieumstellung erforderlich. Im Jänner 1999 wurde dem Patienten unter Beibehaltung des Betablockers der A-II-Antagonist Candesartan in der Dosierung 1 x 8 mg pro Tag verordnet. Die Diabetes-Medikation und die Therapie mit Acetylsalicylsäure wurden beibehalten. Als nicht-medikamentöse Begleitmaßnahmen wurden eine Diätberatung zur Gewichtsreduktion und der Besuch einer Koronar-Sportgruppe empfohlen.

Unter Candesartan sank der Blutdruck innerhalb eines Monats von 185/105 mmHg auf 145/95 mmHg. Zwei Monate später betrug er 135/80 mmHg und blieb bis heute bei Werten um 130/80 mmHg konstant. Die Laborparameter zeigten keine wesentlichen Änderungen (Tab. 1). Der trockene Reizhusten ging nach Umstellung auf Candesartan innerhalb von 5 Tagen vollständig zurück. Aufgrund einer erfolgreichen Gewichtsreduktion von ca. 5 kg konnte die Insulinmenge reduziert werden (Depot-H-Insulin: 16-0-8 E).

Tabelle 1: Befunde unter Therapie mit Captopril bzw. mit Candesartan

	Captopril 22.12.98	Candesartan 7.1.99	Candesartan 10.2.99	Candesartan 30.4.99
Blutdruck (mmHg)	180/110	185/105	145/98	135/80
Pulsfrequenz (pro min.)	94	94	84	76
p.p. Glukose (mg/dl)	125	119	120	115
HbA1 (%)	7,2	–	–	6,9
LDL-Cholesterin (mg/dl)	120	125	126	110
Kreatinin (mg/dl)	0,9	1,0	0,8	0,9
Kalium (mmol/l)	4,8	4,6	4,2	4,3
g-GT (U/l)	9	18	20	14

KONTROLLUNTERSUCHUNG (4/99)

Ruhe-EKG: keine Änderung zur Untersuchung im Dezember.

Belastungs-EKG (Steigerung 75–100–125–150 Watt/2 min.):

Herzfrequenz-Anstieg von 72/min. auf max. 145/min., Steigerung des Blutdrucks von 130/80 mmHg auf max. 240/85 mmHg bei 150 Watt, Abbruch wegen Ausbelastung, keine Endstreckenveränderung, keine Angina pectoris, keine Herzrhythmusstörungen, nach 4 min. Ausgangswerte wieder erreicht

Echokardiographie: hypokinetische Hinterwand, $E < A$ als Zeichen der diastolischen Relaxationsstörung, EF ~ 59 %, IVS 13,9 mm

Laborparameter: siehe Tabelle 1.

Diese Kasuistik wurde von der Firma Takeda Pharma zur Verfügung gestellt.

KOMMENTAR DES EXPERTEN

Bei den Untersuchungen wurden alle Register der kardiologischen Diagnostik gezogen, auf die technisch einfach durchzuführende

Spirometrie wurde jedoch vergessen. Immerhin hätte man auch an eine Nebenwirkung des Beta-blockers denken können. Die gute Blutdrucksenkung ist erfreulich, hängt aber auch mit der Motivation zur Gewichtsreduktion und Bewegung zusammen (u.a. auch deutliche Senkung des Insulinbedarfs, Rückgang HbA1). Es ist nicht Evidence-Based Medicine, daß A-II-Antagonisten besser blutdrucksenkend wirken als ACE-Hemmer, was durch diesen Fallbericht suggeriert werden sollte.

*Dr. med. Bernhard Fürthauer
Präsident der SAGAM
A-5751 Maishofen*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung