

# Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

**Interessante Fälle aus der  
Hypertensiologie mit  
Expertenkommentar: Der komplexe  
Patient – Fälle aus Wien**

Rohla M

*Journal für Hypertonie - Austrian*

*Journal of Hypertension 2016; 20*

*(3), 71-72*

Homepage:

**[www.kup.at/hypertonie](http://www.kup.at/hypertonie)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der  
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für  
Hypertensiologie  
[www.hochdruckliga.at](http://www.hochdruckliga.at)

Indexed in EMBASE/Scopus

### **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.

# Interessante Fälle aus der Hypertensiologie mit Expertenkommentar\*

## ■ Der komplexe Patient – Fälle aus Wien

Dr. Miklos Rohla jr.  
3. Medizinische Abteilung für Kardiologie und internistische Intensivmedizin,  
Wilhelminenspital, Wien

### Fallbericht

Zur ambulanten Erstvorstellung gelangt ein 76-jähriger männlicher Patient aufgrund seit vielen Jahren bestehender Hypertonie mit unkontrollierten Blutdruckwerten. Anamnestisch bekannt sind ein Zustand nach Myokardinfarkt 15 Jahre zuvor und ein permanentes Vorhofflimmern und orale Antikoagulation. Unter einer 6-fachen antihypertensiven Therapie mit Valsartan/Amlodipin/HCT 160/10/12,5 mg 1-0-0, Atenolol 50 mg 1-0-1, Clonidin 0,15 mg ½-0-½ und Furosemid 40 mg 1-0-0 finden sich in der Selbstmessung Blutdruckwerte zwischen 150–170 mmHg systolisch und 75–95 mmHg diastolisch.

Nach beobachteter Medikamenteneinnahme wird eine 24h-Blutdruckmessung durchgeführt, welche einen Gesamtdurch-

schnitt von 157/78 mmHg ergibt. Zu einer Zeit des Enthusiasmus gegenüber der kathetherbasierten renalen Sympathikus-Denervation (vor Publikation der SIMPLICITY-HTN 3-Ergebnisse) wird ein Screening diesbezüglich durchgeführt. Die Schilddrüsenhormone sowie der Aldosteron/Renin-Quotient sind im Normbereich. In der CT-Angio der Nierenarterien findet sich infrarenal ein im Durchmesser 4,2 cm haltendes exzentrisches Aneurysma, unmittelbar daran anschließend eine weitere 3,2 cm durchmessende Läsion, welche die Charakteristika eines Aortenulkus deutlicher erfüllt (Abbildung 1). Als Nebenbefund stellt sich eine große Parenchymzyste der rechten Niere dar. Aufgrund der Blutdrucksituation, des hohen kardiovaskulären Risikoprofils und der Antikoagulation stellt sich die Frage nach dem weiteren Management des Patienten.

### Auflösung

Der Patient wird umgehend zur Sanierung der abdominellen Aortenaneurysmata mittels endovaskulärem Aortenrepair (EVAR) zugewiesen, welche erfolgreich und komplikations-

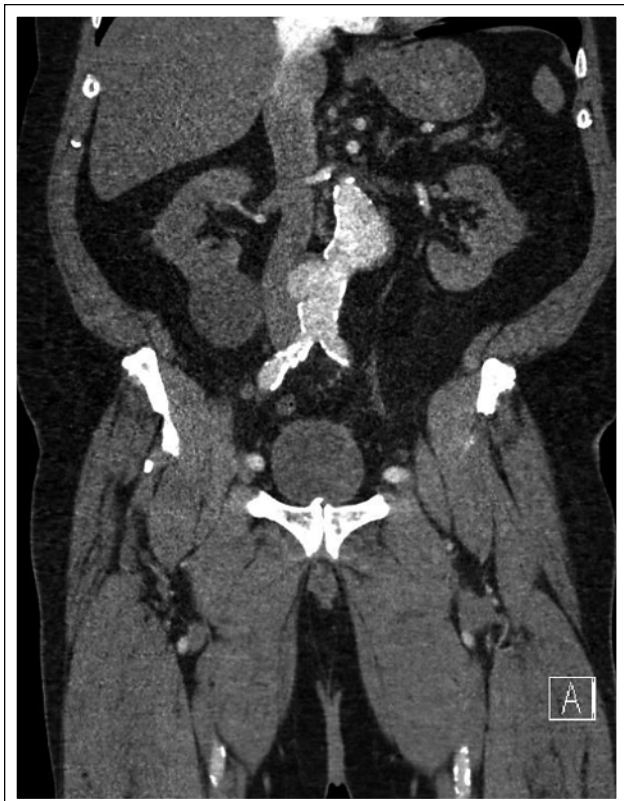


Abbildung 1: CT-Angio

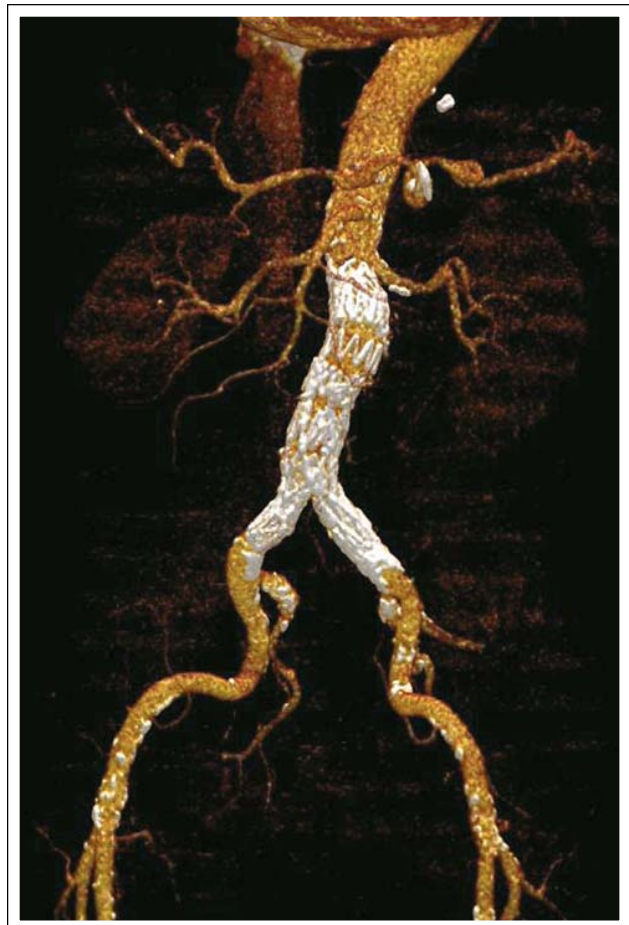


Abbildung 2: St. p. EVAR

\*Alle Fallberichte: Nachdruck aus Nephroskript 4/2015, mit freundlicher Genehmigung des Medmedia-Verlages.

los durchgeführt wird (Abbildung 2). Fünf Monate später wird der Patient unter gesteigerter antihypertensiver Therapie (Valsartan 360 mg) und weiterhin unkontrollierten Heimblutdruckwerten (145–160 mmHg systolisch, 70–85 mmHg diastolisch) zur renalen Denervation aufgenommen. Nach dem Eingriff können Furosemid und Clonidin abgesetzt werden. In

der 24h-Blutdruckkontrolle nach 1, 6 und 9 Monaten finden sich normotensive Gesamtdurchschnittswerte zwischen 114–120 mmHg systolisch und 70–74 mmHg diastolisch. Es sei erwähnt, dass nach heutigen Gesichtspunkten eine renale Denervation erst nach Optimierung der medikamentösen Therapie in Erwägung gezogen würde.

**Kommentar Prof. Dr. Skrabal, Graz**

*Die eingeschlagene medikamentöse Therapie mit Valsartan/Amlodipin/HCT 160/10/12,5 mg 1-0-0, Atenolol 50 mg 1-0-1, Clonidin 0,15mg ½-0-½, Furosemid 40 mg 1-0-0 stellt noch keine optimierte Therapie dar: Valsartan war noch nicht ausdosiert, Atenolol stellt nach Expertenmeinung keinen idealen Betablocker dar, der bei Hypertonie das kardiovaskuläre Risiko nicht so günstig beeinflusst wie z. B. Bisoprolol. Weil er offensichtlich auch den Blutdruck weniger senkt als andere Betablocker, wird er gerne zu Vergleichsstudien mit neuen Antihypertensiva verwendet, weil diese dann besser abschneiden. Mit der Zugabe von Clonidin wird wenig Synergismus zum Betablocker zu erreichen sein. Furosemid 40 mg ist nicht retardiert und die Natriurese über wenige Stunden wird durch die anschließende Natriumretention wieder zunichte gemacht. Wenn Furosemid, dann muß es mehrmals täglich oder retardiert verabreicht werden. Auch die Kombination mit einem Hydrochlorothiazid ist bei der Hypertonie wegen Hypokaliämiegefahr nicht im Therapieschema.*

*Offensichtlich hatte das Aortenaneurysma zumindest Kontakt zur linken Nierenarterie und könnte daher zu diesem Zeitpunkt Mitwirkung am therapieresistenten Hochdruck gehabt haben, nach dem Eingriff laut Angabe nur mehr Blutdruckwerte von 145 bis 160 mmHg systolisch. Offensichtlich*

*liegt zu diesem Zeitpunkt kein 24h-Blutdruckmonitoring vor. Das Absetzen von Clonidin und Furosemid 40 mg, nicht retardiert, 1 × tgl. wird wegen des geringen Synergismus mit der anderen Medikation kaum Einfluß auf die Blutdruckwerte gehabt haben.*

*Bei guter Langzeiteinstellung unter der laufenden Medikation reduziert sich dann in der Folge auch der Bedarf an Antihypertensiva, welche durch die Mediahypertrophie der Gefäßwand mitverursacht ist. Diese kann sich unter guter Blutdruckkontrolle genauso zurückbilden wie die Linksventrikelhypertrophie.*

*Ich sehe einen Einfluß der durchgeführten Sympathikusdenervation keinesfalls als erwiesen an. Auch bei der damaligen Datenlage war ich ein ausgesprochener und aussprechender Gegner der invasiven Sympathikusdenervation, da keine Doppelblindstudie und keine Langzeitdaten vorlagen; letztere liegen noch immer nicht vor. Die sympathischen Nerven liegen in der Adventitia, nach dem Abstandgesetz bekommt das Endothel eine um Potenzen stärkere Schädigung ab als die sympathischen Nerven und die Langzeitschäden für die Nierenarterie werden wir vielleicht erst nach einem Jahrzehnt beurteilen können.*

**Kommentar Prof. Dr. Slany, Wien**

*Die Blutdruckdokumentation ist ausgezeichnet, die Werte glaubwürdig. Die medikamentöse Therapie halte ich für unzureichend. Wie mehrere Studien der letzten Zeit gezeigt haben, werden fast immer Diuretika unterdosiert. So wären hier 25–50 mg HCT oder 12,5 bis 25 mg Chlorthalidon angezeigt gewesen, das kurz wirksame Furosemid war eher kontraproduktiv (unangenehme Harnflut für den Patienten, Na-Verlust nach Abklingen der Wirkung rasch kompensiert), vor allem aber die zusätzliche Gabe eines Aldo-*

*steronantagonisten, z. B. 25–50 mg Spironolacton oder 50–100 mg Eplerenon oder des „Kaliumsparers“ Amilorid (5–10 mg/d). Vergleichsuntersuchungen haben gezeigt, dass mit Spironolacton mindestens die gleiche Blutdrucksenkung wie mit der Sympathikusdenervation erreicht wird. Neuerdings wird vorgeschlagen, von therapieresistenter Hypertonie erst zu sprechen, wenn trotz ausreichend hoher Dosierung von Diuretika + 2 weiteren Antihypertensiva und Spironolacton keine Blutdruckkontrolle erreicht wird.*

# 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](#)