

# JOURNAL FÜR HYPERTONIE

HÖRL WH

*Pro und Kontra: Pro Diuretika-Monotherapie*

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2004;  
8 (2), 30*

Homepage:

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

# PRO DIURETIKA-MONOTHERAPIE

Der siebente Report des „Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 2003“ empfiehlt eine Therapie mit Diuretika vom Thiazidtyp für die Mehrzahl der Patienten mit unkomplizierter Hypertonie, entweder allein oder in Kombination mit Antihypertensiva anderer Klassen. Als Monotherapie ist in Österreich lediglich Indapamid erhältlich.

Zwanzig Jahre zurück wurde der „Mythos der Monotherapie“ propagiert. Teilweise wurden große Studien (z. B. MRFIT) in renommierten Zeitschriften (Lancet, JAMA, BMJ) mit abenteuerlichen Diuretikadosen publiziert:

- bis zu 200 mg Hydrochlorothiazid oder Chlorthalidon pro Tag
- bis zu 1000 mg Chlorthalidon pro Tag
- bis zu 10 mg Bendrofluzid pro Tag

Begründet wurde die hochdosierte Diuretikagabe mit geringeren Nebenwirkungen als eine Therapie mit anderen Antihypertensiva. In den letzten Jahren wurden Thiazid-Diuretika in der täglich Praxis immer niedriger dosiert:

- in den 60er Jahren 100 mg/Tag
- in den 70er Jahren 50 mg/Tag
- in den 80er Jahren 25 mg/Tag
- in den 90er Jahren 12,5 mg/Tag

Niedrigere Hydrochlorothiaziddosen, z. B. etwa 6 mg pro Tag, in Fixkombination mit einem ACE-Hemmer haben sich als zu wenig effizient erwiesen. Unter niedrigdosierter Diuretikadosierung sind Nebenwirkungen wie Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hyponatriämie, Kohlenhydratstoffwechselstörung oder Fettstoffwechselstörung selten [1]. Allerdings bedürfen gerade Patienten (und vor allem Patientinnen) im höheren Lebensalter der entsprechenden Kontrolle [2].

Glaubt man der kürzlich von Psaty et al. [3] publizierten Metaanalyse, so gelten Salidiuretika zurecht als Anti-

hypertensiva der ersten Wahl. Dieser Analyse entsprechend, basierend auf 42 klinischen Studien mit 192.478 Patienten, war kein anderes Antihypertensivum besser als Diuretika. Beim Vergleich mit Kalziumantagonisten waren kardiovaskuläre Ereignisse bei den mit Diuretika behandelten Patienten beispielsweise signifikant geringer. Im Vergleich mit dem ACE-Hemmer waren sogar Herzinsuffizienz, kardiovaskuläre Komplikationen und Schlaganfälle bei den mit Diuretika behandelten Patienten signifikant geringer. Im Vergleich zum Beta-Blocker waren in der Diuretikagruppe kardiovaskuläre Komplikationen signifikant geringer, im Vergleich zum Alpha-Blocker waren Herzinsuffizienz und kardiovaskuläre Ereignisse signifikant geringer. Im Vergleich zu Placebo waren bei Diuretika-behandelten Patienten koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, kardiovaskuläre Ereignisse, kardiovaskulär-bedingte Mortalität und Gesamtmortalität geringer [3].

Nach der Studie von Gress et al. [4] ist offensichtlich das Diabetesrisiko unter Thiazid-Diuretikatherapie niedriger als unter Kalziumantagonisten und vor allem geringer als unter Beta-blockertherapie. Diese Daten sprechen eindeutig für die niedrigdosierte Diuretikatherapie bei Hypertonie.

Die kombinierte Diuretikatherapie (z. B. Schleifendiuretika plus Thiazidtherapie) ist vornehmlich Krankenhäusern vorbehalten und allenfalls als Kurzzeittherapie, andernfalls wird man schwere Elektrolytentgleisungen erleben [5], vor allem bei Patienten im höheren Lebensalter [2]. Fixkombinationen von z. B. Schleifendiuretika und Aldosteronantagonisten sind in der ambulanten Langzeittherapie bei entsprechender Indikationsstellung und Patientenüberwachung möglich.

Eine Monotherapie mit Salidiuretika kann bei Hochdruck renaler Genese, bei Natriumretention, bei Herzinsuffizienz, bei renoparenchymatöser Hypertonie indiziert sein. Man wird

sicher nicht primär ein Salidiuretikum bei renovaskulärer Hypertonie und bereits präexistenter Aktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems wählen.

Diuretika sind ideale Kombinationspartner für ACE-Hemmer, Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten und Betablocker. Die Diuretika-induzierte Kaliumdepletion und gegenregulatorische Erhöhung der Plasma-Angiotensin II-Konzentration wird dadurch sinnvoll korrigiert. Diuretika verstärken die Wirkung jener Antihypertensiva, die eine renale Retention von Natrium begünstigen, wie die klassischen Vasodilatoren Minoxidil und Dihydralazin sowie Clonidin als zentral angreifende, blutdrucksenkende Substanz.

## Literatur:

1. Hörl WH. Renaissance der Salidiuretika in der Therapie der Hypertonie. Wien Klin Wochenschr 1999; 111: 903–7.
2. Hörl WH. How to induce severe electrolyte disturbances in the elderly? Wien Klin Wochenschr 2002; 114: 885–6.
3. Psaty BM et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. JAMA 2003; 289: 2534–44.
4. Gress TW et al. Risk of diabetes among 3804 subjects with hypertension, according to category of antihypertensive medication. N Engl J Med 2000; 342: 905–12.
5. Sandhofer A et al. Severe electrolyte disturbances and renal failure in elderly patients with combined diuretic therapy including xipamid. Wien Klin Wochenschr 2002; 114: 938–42.

## Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. DDr. W. H. Hörl, FRCP  
Univ.-Klinik für Innere Medizin III,  
Klin. Abteilung für Nephrologie und  
Dialyse  
A-1090 Wien,  
Währinger Gürtel 18–20

# 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](#)