

# JOURNAL FÜR HYPERTONIE

NESSER H-J

*Mythen und Fakten in der Hypertensiologie*

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2002;  
6 (Sonderheft 3), 7-9*

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.

# MYTHEN UND FAKTEN IN DER HYPERTENSIOLOGIE

## DIE MYTHEN

Historische Meilensteine in der Hypertensiologie sind die erste Blutdruckmessung, durchgeführt an einem Pferd von Stephen Hales 1733, weiters die Einführung des Sphygmometers durch Ritter von Basch 1876, modifiziert von Riva-Rocci 1896, sowie die Messung des diastolischen Blutdrucks durch Korotkoff 1908.

1931 publizierte Hay im British Medical Journal den Satz: „The greatest danger to a man with a high blood pressure lies in its discovery, because then some fool is certain to try to reduce it.“

Noch 1937 ist Paul Dudley White von der Annahme ausgegangen, daß arterieller Hochdruck ein wichtiger Kompensationsmechanismus wäre, den man nicht beeinflussen sollte, auch wenn dies einmal therapeutisch möglich wäre. 10 Jahre später hielt sich diese These noch immer (Scott et al., Tice Practice of Medicine: „Hypertension is a natural response to guarantee a more normal circulation to the heart, brain and kidneys“).

1939 wurden Patienten die Zähne und Tonsillen entfernt, sowie die Nasennebenhöhlen punktiert, da als Ursache des hohen Blutdrucks eine fokale Infektion angenommen wurde (Weis et al., Psychosomatic medicine 1939; 1: 180). 1941 bestand die medikamentöse Hochdrucktherapie in Barbituraten, Thiocyanaten, Wismut und Brom. Wenn man bedenkt, daß z. B. der amerikanische Präsident Roosevelt in den Kriegsjahren an schwerer Hypertonie litt, die letztlich durch zerebrale Hämorrhagie zu seinem Tode führte und seine Behandlung lediglich auf Digitalis, Salz- und Gewichtsreduktion basierte, so kann man den Fortschritt in der Behandlung der Hypertonie in den letzten 50 Jahren ermessen.

Die Jahre nach 1950 waren geprägt durch die Einführung der Ganglienblocker, Reserpin, Hydralazin, Diuretika und alpha-Methyldopa. 1960 wurde arterieller Hochdruck in 3 Stadien eingeteilt: Stadium I (mild): RR 150–200/90–120 mmHg, II (mäßig): RR 180–250/110–150 mmHg und III (schwer): 190–250/120–160 mmHg.

In den 1970er Jahren erfolgte die Einführung der alpha- und Betablocker sowie der ACE-Inhibitoren, in den 1980er Jahren die Ca-Antagonisten und in den 1990ern die Angiotensin II (AT1)-Rezeptorblocker.

1973 legte sich Prof. Franz Groß fest, daß man mit den damals aktuellen Antihypertensiva das Auslangen finden müsse und keinerlei Neuentwicklungen am Horizont zu sehen wären. Solche Vorhersagen sind in der Medizin noch problematischer zu werten als in der Wirtschaft (siehe auch Thomas J. Watson, Chairman von IBM, 1958: „I think there is a world market for about five computers“).

Noch 1974 publizierten Kennedy et al. in Modern Geriatric: „Diastolic blood pressure of up to 120 mmHg in symptomless elderly hypertensives is not an indication for therapy“ und Fry et al. in Lancet: „Antihypertensive agents produce no obvious benefit in patients over 65“.

In den darauffolgenden Jahren gab es keinen Zweifel mehr hinsichtlich der Risiken und Folgen des arteriellen Hochdrucks, wenngleich sich weiter Mythen hielten, wie z. B. daß Diuretika die linksventrikuläre Hypertrophie verschlechtern oder als Kontraindikation bei koronarer Herzkrankheit bewertet wurden (Am Heart J 1988; 117: 911). Ebenso hielten sich Mißinformationen, die auf spekulativen und retrospektiven Analysen beruhten, wie z. B. daß Betablocker beim älteren Patienten nicht als Monotherapie verwendet werden sollten, oder daß ihre nachteiligen metabolischen Effekte bedeutsamer

wären als die günstige Beeinflussung des Hochdrucks und ebenso, daß sie bei Hochdruck mit Herzinsuffizienz nicht eingesetzt werden sollten.

Ein weiterer Mythos ist, daß Ca-Antagonisten Krebs verursachen oder daß unter Diuretika häufiger renale Zellkarzinome auftreten würden, oder daß eine Diät mit reduzierter Natriumzufuhr das Risiko von Herzerkrankungen erhöhen würde.

## SOVIEL ZU DEN MYTHEN, NUN ZU DEN FAKTEN

1975 konnte in der Framingham Heart Study erstmals nachgewiesen werden, daß hypertensive Patienten (RR > 160/95 mmHg) im Alter von 45–74 Jahren im Vergleich zu Normotensiven weitaus häufiger einen zerebralen Insult erlitten (jährliche Inzidenz bei Männern 54 vs. 26 Pat. bezogen auf 10.000 Einwohner). Diese Studie zeigte auch einen klaren Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer koronaren Herzkrankheit und arteriellem Hochdruck (jährliche Inzidenz bei Männern 245 vs. 101 Pat.).

1990 konnte McMahon (Lancet 1990; 335: 764) zeigen, daß eine Reduktion des diastolischen Blutdrucks um 10 mmHg eine Risikoreduktion hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit um 37 % und hinsichtlich des Schlaganfallrisikos um 56 % ergab.

1991 wurde durch die STOP-Hypertension Study (Doppelblind, Placebo vs. Diuretika/Beta-Blocker) eine Reduktion der Gesamtmortalität von 63 % vs. 36 % evident. Die HOT-Studie (1998) zeigte den besonderen Benefit der Blutdrucksenkung bei hypertensiven Diabetikern (n = 1501 Pat.) in Hinblick auf zerebrovaskuläre Ereignisse, ebenso wie die UKPD-Studie

(United Kingdom Prospective Diabetes Study) mit einer Reduktionsrate der Schlaganfallhäufigkeit um 44 %.

In der SYST-EUR-Studie trat M. Alzheimer bei den Behandelten weniger häufig auf im Vergleich zur Placebo-gruppe, während in der PROGRESS-Studie vaskuläre Demenz wesentlich seltener im Vergleich zur Placebo-gruppe imponierte.

Faktum ist,

- daß klinische Studien ausreichend den Benefit einer Blutdrucksenkung bei Hypertensiven belegen,
- ferner daß heute zahlreiche effektive und gut tolerierte Antihypertensiva zur Verfügung stehen,
- daß bei der Behandlung als Zielvorgabe Normotension anzustreben ist und

- daß im Jahre 2002 leider noch immer zu wenig Hochdruckpatienten ideal behandelt sind.

**Korrespondenzadresse:**

*Prim. Dr. Hans-Joachim Nesser  
II. Interne Abteilung,  
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen  
A-4010 Linz, Fadingerstraße 1  
E-mail: hans-joachim.nesser@  
elisabethinen.or.at*

# 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**