

# Lipidsenkung bei Hypertonie

Der vorliegende Fall beginnt mit einer vermeintlich harmlosen Erscheinung: Schnarchen. Von dort ist bei der Patientin aber der Weg zur Diagnostik und Therapie von Hypertonie und Hyperlipidämie gar nicht weit.

**FRAU S., 45 JAHRE ALT**, Nichtraucherin und nicht übergewichtig – Größe 168cm, Gewicht 68kg, BMI daher 24,1 – schnarcht, und neuerdings stört sie das. Sie hat lang als Single gelebt, aber nun hat sie seit einigen Monaten einen Partner. Und der hat einen leichten Schlaf und leidet unter den Schnarchgeräuschen.

Deshalb hat Frau S., die sonst Ärzte und alles, was mit Medizin zusammenhängt, konsequent meidet, nach einigem Hin und Her doch den Weg zum Arzt gefunden. Und dort hat sie eine Überraschung erlebt: Sie hat einen erhöhten Blutdruck: 180/110mmHg, vom Arzt gemessen. Und dann hat sie sich auf Anraten des gewissenhaften Allgemeinmediziners zunächst ein Gerät zur Selbstmessung des Blutdrucks gekauft. Nach einer Woche ist klar: Auch die selbst gemessenen Werte sind in mehr als 50% der Fälle höher als 170/105mmHg. Ihr neuer Hausarzt möchte sie nun auf ein Antihypertensivum einstellen. Die Patientin zögert. Man einigt sich darauf, eine bereits terminisierte Untersuchung im Schlaflabor abzuwarten – der Hausarzt hat Frau S. darauf hingewiesen, dass ihre Tagesmüdigkeit, die sie für schicksalhaft gehalten hatte, durchaus auf eine Schlafapnoe zurückzuführen sein könnte.

Inzwischen hat aber eine Blutabnahme stattgefunden, und da findet sich noch ein pathologischer Befund: erhöhte Lipide. Das Gesamtcholesterin beträgt 276mg/dl, das HDL-C 50mg/dl, die Triglyzeride: 180mg/dl, das LDL-C nach Friedewald 190mg/dl, das Non-HDL-C: 226mg/dl.

Nach einiger Zeit liegt auch das Ergebnis aus dem Schlaflabor vor. Es besteht tatsächlich ein Schlafapnoe-Syndrom, und der Patientin wird ein cPAP-Gerät verordnet.

Dem Hausarzt gelingt es nun, sie auch von der Sinnhaftigkeit einer antihypertensiven Therapie zu überzeugen und verschreibt ihr einen ACE-Hemmer. Mit der Verordnung einer lipidsenkenden Therapie will sie noch die Ergebnisse einer Lebensstiländerung abwarten.


## DER WECHSEL AUF EIN KOMBINATIONS-PRÄPARAT SORGT FÜR BESSERE VERTRÄGLICHKEIT

### WEITERER VERLAUF

Drei Monate später: Die Patientin kommt wieder und erzählt, dass der cPAP gut wirkt, ihr geht es tagsüber viel besser, die Müdigkeit ist fast verschwunden. Auch die Partnerschaft ist entlastet, da sich ihr Partner an das Geräusch des cPAP-Geräts gewöhnen konnte und sie nicht mehr schnarcht. Sie bewegt sich nun täglich und achtet auf ihre Ernährung. Sie hat auch einen Kilo abgenommen. Enttäuscht ist sie allerdings von ihrem Blutbefund, da sich hier wenig bewegt hat. Das LDL-C liegt immer noch bei 180mg/dl. Die Diskussion mit dem Hausarzt über eine Statinverschreibung dauert noch an.

Sechs Monate später: Die Patientin nimmt nun seit einigen Wo-

chen täglich 40mg Simvastatin. Ein rezenter Blutbefund zeigt, dass diese Therapie auch wirkt: das LDL-Cholesterin nach Friedewald liegt nun bei 130mg/dl. Doch die Patientin ist nicht glücklich: seit einigen Tagen klagt sie über zunehmende Muskelschmerzen, die durchaus die Folge der Statintherapie sein können.

Da es sich bei solchen Fällen erfahrungsgemäß sinnvoll ist, auf ein anderes Statin umzustellen, weil dann oft die Beschwerden nicht mehr auftreten, wird nun auf ein Kombinationspräparat mit 20mg Rosuvastatin und 10mg Ezetimib umgestellt. Diese Kombination verträgt die Patientin besser. Nach zwei Monaten ist das LDL-C auf 95mg/dl abgesunken. 

### KOMMENTAR

## Alle Risikofaktoren sollten behandelt werden



Prim. Univ.-Doz. Dr. Otto Traindl

Hier haben wir es mit einem eher komplexen Fall zu tun. Betrachtet man die SCORE-Charts, so liegt Frau S. bei einem kardiovaskulären 10-Jahres-Mortalitätsrisiko von maximal ein Prozent. Sie weist auch kein metabolisches Syndrom auf. Die zunächst nicht behandelte Hypertonie, das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSA) und die Dyslipidämie sind jedoch Faktoren, die zusammen sehr wohl eine Risikosituation ergeben. So ist bekannt, dass ein OSA mit signifikant erhöhten Raten an Hypertonie, koronaren Ereignissen, Vorhofflimmern, anderen kardialen Arrhythmien und pulmonaler Hypertension assoziiert ist.

Was das Zögern bezüglich einer lipidsenkenden Therapie angeht, so muss man klar sagen, dass die Einstellung der Risikofaktoren ALLE Faktoren betreffen sollte. Es ist nicht zu empfehlen, zwei von drei Risikofaktoren zu behandeln und den dritten nicht.

Zwar gilt nach den ESC-Leitlinien bei niedrigem kardiovaskulären Risiko ein Grenzwert von 190mg/dl als Schwellenwert für eine Behandlung, dies trifft aber nur auf Patienten zu, die gar kein erhöhtes Risiko haben. Das ist bei unserer Patientin aber nicht der Fall, denn sie hat ja zusätzlich zu Ihrer Dyslipidämie auch eine Hypertonie und das OSA. Deshalb wäre eine Senkung des LDL-C mittels eines Statins durchaus anzuraten, wie es auch die Guidelines vorgeben.

Der weitere Verlauf zeigt, dass es sich lohnt, bei Unverträglichkeit eines Statins auf ein anderes auszuweichen und dass die Verwendung von Kombinationspräparaten sinnvoll ist.

### Impressum

Verleger, Eigentümer & Herausgeber: Medizin Medien Austria GmbH Geschäftsführung: Dr. Thomas Letz  
Chefredaktion: Dr. Hans Wenzl  
Verlagsanschrift: 1120 Wien, Grünbergstraße 15/Stg. 1  
Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe <http://mma.ac/imp-aerztemag>

# Stoffwechsel

Eine gesunde  
Entscheidung  
mit Sandoz



Bis zu  
87% Preis-  
ersparnis\*

GB seit  
1.5.2018



## Rosuvastatin Sandoz®

Als größter Arzneimittelhersteller Österreichs tragen wir maßgeblich zur leistbaren Medikamentenversorgung bei. Mit Rosuvastatin **Sandoz®** bieten wir jetzt die günstige Alternative für Ihre Hypercholesterinämie-Patienten.

- 4 Wirkstärken: 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg
- 30 Stück Monatspackung
- Einnahme unabhängig von Tages- und Mahlzeiten
- bewährte österreichische Qualität

\* gegenüber KVP Crestor® (WVZ 04/2018), einer Marke von AstraZeneca Österreich GmbH

**SANDOZ** A Novartis  
Division

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Rosuvastatin Sandoz 5 / 10 / 20 / 40 mg - Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 5 / 10 / 20 / 40 mg Rosuvastatin (als Rosuvastatincalcium). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 26 / 53 / 106 / 212 mg Lactose wasserfrei. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, rein; HMG-CoA-Reduktase-Hemmer; ATC-Code: C10AA07. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Hypercholesterinämie: Erwachsene, Jugendliche und Kinder ab 6 Jahren mit primärer Hypercholesterinämie (Typ IIa einschließlich heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie) oder gemischter Dyslipidämie (Typ IIb), zusätzlich zu einer Diät, wenn das Ansprechen auf eine Diät und andere nicht pharmakologische Maßnahmen (z.B. Bewegung, Gewichtsreduktion) nicht ausreichend sind. Homozygote familiäre Hypercholesterinämie zusätzlich zu einer Diät und anderen lipidsenkenden Maßnahmen (z.B. LDL-Apherese) oder wenn solche Maßnahmen nicht geeignet sind. **Vorbeugung von kardiovaskulären Ereignissen:** Vorbeugung von kardiovaskulären Ereignissen bei Patienten mit einem hohen Risiko für ein erstmaliges kardiovaskuläres Ereignis, in Verbindung mit der Behandlung von anderen Risikofaktoren. **Gegenanzeigen:** Rosuvastatin Sandoz ist kontraindiziert: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; bei Patienten mit aktiver Lebererkrankung, einschließlich einer ungeklärten andauernden Erhöhung der Serum-Transaminasen sowie jeglicher Erhöhung der Serum-Transaminasekonzentration auf mehr als das Dreifache des oberen Normalwertes (ULN); bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Creatinin Clearance <30 ml/min); bei Patienten mit Myopathie; bei Patienten, die gleichzeitig Ciclosporin erhalten; während der Schwangerschaft und Stillzeit und bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine geeigneten kontrazeptiven Maßnahmen anwenden. Die 40 mg Dosis ist bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse kontraindiziert. Solche Faktoren beinhalten: mäßige Nierenfunktionsstörung (Creatinin Clearance <60 ml/min), Hypothyreose, erbliche Muskelerkrankungen in der Eigen- / Familienanamnese, bereits in der Anamnese mit einem anderen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer oder einem Fibrat aufgetretene muskuläre Toxizität, Alkoholmissbrauch, Situationen, in denen erhöhte Plasmakonzentrationen auftreten können, asiatische Patienten, gleichzeitige Anwendung von Fibraten. **Liste der sonstigen Bestandteile:** **Tablettenkern:** Lactose, wasserfrei, hochdisperses Siliciumdioxid, wasserfrei, mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Talkum, Natriumstearylfumarat. **Tablettenhülle:** Hypromellose, Mannitol (E421), Macrogol 6000, Talkum, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172), Eisenoxid rot (E172). **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezept-/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 02/2017

Erstellungsdatum: 03/2018 | CVS/SDZ/2018/4/4