

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Kardiologische Highlights 2002 - die Top 15

Lechleitner P

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2003; 10
(6), 265-267

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Kardiologische Highlights 2002 – die Top 15

P. Lechleitner

Kurzfassung: Es werden 15 voll publizierte Studien vorgestellt, die nach Meinung des Autors den größten Einfluß auf die diagnostische und therapeutische Strategie in der Kardiologie haben sollten. Mündliche Präsentationen oder Abstracts bleiben unberücksichtigt.

Diesbezüglich wird auf die einschlägigen Publikationen im Journal für Kardiologie verwiesen.

Abstract: Cardiology Highlights 2002 – The Top 15. We present 15 fully published top studies which the

author believes have the greatest impact on diagnosis and treatment in cardiology. Papers which have only been presented at cardiology meetings (oral presentation or abstracts) are not listed. **J Kardiol 2003; 10: 265–7.**

■ 1. Kein Effekt durch primäre Prävention der koronaren Herzerkrankung mittels kombinierter Hormontherapie

Nachdem die sekundäre Prävention bei postmenopausalen Frauen mit koronarer Herzerkrankung keinen Erfolg gebracht hatte, wurde nun in einer randomisierten und placebokontrollierten Studie bei über 16.000 Frauen zwischen 50 und 80 Jahren der primärpräventive Effekt von Östrogen plus Progesteron untersucht. Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, nachdem sich ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs, kardiovaskuläre Ereignisse und Pulmonalembolie bei der Hormongruppe herausgestellt hatte. Die Gesamtmortalität hatte sich allerdings nicht verändert, es konnte ein positiver Effekt der Hormontherapie auf die kolorektale Krebsrate und die Schenkelhalsfrakturrate gefunden werden. Damit sollte die Hormonersatztherapie als präventive Strategie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verlassen werden.

JAMA 2002; 288: 321–33

■ 2. Statine für alle Patienten mit kardiovaskulärem Risiko (HPS-Studie)

20.000 Patienten im Alter zwischen 40 und 80 Jahren mit einem Cholesterinspiegel größer als 135 mg/dl und hohem kardiovaskulärem Risiko erhielten über 5 Jahre 40 mg Simvastatin oder eine Kombination der Vitamine E, C und Betakarotin. Die Studiengruppe umfaßte Patienten mit koronarer Herzerkrankung, anderen okklusiven arteriellen Erkrankungen, Diabetes oder behandelter Hypertonie (bei Männern, die älter als 64 Jahre waren). Während die Vitaminsubstitution keinen Effekt auf die Gesamtmortalität hatte, konnte sie die Statintherapie um absolut 2,2 % (12,9 vs. 14,7 %) vermindern. Dieser Effekt wurde – vor allem zugunsten des akuten Koronartodes – bereits nach 1 Jahr Therapie erreicht und hielt dann in der Folge an. Durch die Statintherapie wurde auch die Rate tödlicher Myokardinfarkte, Schlaganfälle und notwendiger Revaskularisationen günstig beeinflusst. Sämtliche Patientenuntergruppen, vor allem auch jene mit einem LDL-Cholesterin unter 160 mg/dl, konnten von der Statintherapie profitieren. Die Studie legt nahe, jeden Patienten mit erhöh-

tem Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall unabhängig von seinem Cholesterinspiegel mit einem Statin zu behandeln.

Lancet 2002; 360: 23–33

■ 3. Losartan verhindert mehr Schlaganfälle als Atenolol bei Patienten mit arterieller Hypertonie (LIFE-Studie)

9193 Patienten mit Hypertonie und EKG-Zeichen einer Linkshypertrophie wurden einer kontrollierten Studie unterzogen, wobei die Substanzen Losartan und Atenolol verglichen wurden. Nach einem Follow-up von 4,8 Jahren kam es zu einer signifikanten Reduktion des primären Endpunktes Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall unter Losartan (11 % vs. 3 %). Diese Reduktion war vor allem auf die Schlaganfallreduktion unter Losartan zurückzuführen. Die linksventrikuläre Hypertrophie bildete sich unter Losartan ebenfalls stärker zurück. Losartan wurde besser toleriert. Diese Ergebnisse wurden vor allem auch bei Diabetikern bestätigt, wo es zu einer zusätzlichen Gesamtmortalitätsreduktion kam.

Lancet 2002; 359: 995–1003

■ 4. Omega-3-Fettsäuren reduzieren den plötzlichen Herztod nach Myokardinfarkt (GISSI-Präventionsstudie)

Über 11.000 Patienten erhielten nach Myokardinfarkt im Rahmen einer Studie zusätzlich zur Standardtherapie entweder 1 g Omega-3-mehrfach ungesättigte Fettsäuren, 300 mg Vitamin E oder beides. Nach 3 Monaten reduzierte die Omega-3-Fettsäuren-Therapie das Mortalitätsrisiko um 41 % gegenüber der Kontrollgruppe. Vitamin E blieb ohne Effekt. Zwei andere Studien bestätigten den positiven Effekt von Fischkonsum auf die koronare Herzerkrankung [JAMA 2002; 287: 1815–21 und N Engl J Med 2002; 346: 1113–8].

Circulation 2002; 105: 1897–903

■ 5. Gute Wirksamkeit von ICD-Implantation bei Postinfarktpatienten mit schlechter Linksventrikelfunktion (MADIT II)

1232 Patienten wurden in einer randomisierten Studie einer ICD-Implantation oder einer konventionellen Therapie nach Myokardinfarkt unterzogen, wenn sie eine Auswurffraktion

Aus der Internen Abteilung, Krankenhaus Lienz

Korrespondenzadresse: Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Peter Lechleitner, Interne Abteilung, Krankenhaus Lienz, E. v. Hübnerstraße 5, A-9900 Lienz; E-Mail: p.lechleitner@tirol.com

≤ 30 % hatten. Nach 20 Monaten war die Mortalität in der ICD-Gruppe um 31 % gegenüber der Kontrollgruppe verringert (14 vs. 20 %). ICD-Komplikationen (Elektrodenprobleme und Infektionen) traten in 2,5 % der Fälle auf.

N Engl J Med 2002; 346: 877–83

■ 6. Klinische Besserung bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz durch biventrikuläres Pacing

In einer 453 Patienten umfassenden multizentrischen Studie wurden Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III oder IV, einer Auswurfraction < 35 % und einer QRS-Dauer ≥ 130 ms entweder einer kardialen biventrikulären Schrittmacher-Resynchronisationstherapie oder einer Standardmedikation zugeteilt. Nach 6 Monaten kam es in der Interventionsgruppe zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, der Auswurfraction und der Hospitalisierungsrate. Mortalitätsunterschiede waren in der kurzen Beobachtungsdauer nicht festzustellen.

N Engl J Med 2002; 346: 1845–53

■ 7. Sirolimusbeschichtete Stents verhindern Restenosen (RAVEL-Studie)

238 Patienten wurden entweder mit einem sirolimusfreisetzenden oder einem konventionellen Stent versorgt (18-mm-Stent bei Gefäßläsionen von 2,5 bis 3,5 mm). Nach 6 Monaten traten in der Sirolimus-Gruppe keine Restenosen auf, während in der Kontrollgruppe 27 % Restenosen festgestellt wurden. Die komplikationsfreie Einjahresüberlebensrate war ebenfalls zugunsten der Sirolimus-Gruppe (94 vs. 71 %) verbessert. Bemerkenswert muß, daß die Intervention überwiegend bei einfachen Läsionen (94 % Klasse B I oder B II) durchgeführt wurde.

N Engl J Med 2002; 346: 1773–80

■ 8. Ischämieschutz des Gehirns durch milde Hypothermie nach Reanimation

275 Patienten wurden innerhalb von 5–15 Minuten nach dem Auftreten eines Herzstillstandes (aufgrund von Kammerflimmern oder Kammertachykardie) entweder einer Standardtherapie oder einer milden Hypothermie zugewiesen. Die externe Kühlvorrichtung wurde über 24 Stunden mit einer Zieltemperatur von 32 bis 34 Grad angebracht. Nach 6 Monaten war in der Hypothermie-Gruppe die Rate mit günstiger neurologischer Situation (keine oder nur geringe Behinderung) gegenüber der Normothermie-Gruppe deutlich verbessert (55 vs. 39 %). Auch das Mortalitätsrisiko war in der Hypothermie-Gruppe signifikant geringer (41 vs. 55 %).

N Engl J Med 2002; 346: 549–56

■ 9. Myozyten regenerieren

Nach einer Studie an 8 herztransplantierten Patienten konnte festgestellt werden, daß undifferenzierte Zellen der Empfänger die transplantierten Herzen kolonialisieren (ca. 10 % der

Myozyten, Arteriolen und Kapillaren). Auch Stamm- und Vorläuferzellen wurden in den transplantierten Herzen gefunden. Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß sich das Herz selbst reparieren könnte.

N Engl J Med 2002; 346: 5–15

■ 10. Nach Myokardinfarkt: Antikoagulation mit Warfarin ist besser als Aspirin

In zwei Studien (3600 bzw. 1000 Patienten) wurde die Wirksamkeit von Aspirin, Warfarin oder einer Kombination beider Substanzen nach Myokardinfarkt im Hinblick auf den kombinierten Endpunkt Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall untersucht. In beiden Studien kam es zu einer signifikanten Reduktion der Ereignisse (20 vs. 15 % bzw. 9 vs. 5 %) in der Warfarin-Gruppe. Beachtenswert war die Ziel-INR von 3,0–4,0 im Gegensatz zur erfolglosen CHAMP-Studie, wo die Ziel-INR lediglich 1,8 war [Lancet 2000; 360: 109].

N Engl J Med 2002; 347: 969

■ 11. Rhythmuskontrolle ist der Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern nicht überlegen (AFFIRM-Studie)

In einer amerikanischen Studie wurden 4060 Patienten mit einem mittleren Alter von 70 Jahren und Risikofaktoren für Schlaganfall einer Rhythmus- oder Frequenzkontrolle bei Vorhofflimmern unterzogen. Nach einem Follow-up von 5 Jahren war die Mortalität in der Rhythmuskontrollgruppe 23,8 % gegenüber 21,3 % in der Frequenzkontrollgruppe. Diese Ergebnisse wurden in einer kleineren Studie aus Europa bestätigt. Zusätzlich wurde in der Rhythmuskontrollgruppe eine etwas höhere Rate von Komplikationen, vor allem bei Patienten mit Bluthochdruckerkrankung, verzeichnet. Die Studien unterstreichen die Wichtigkeit der Antikoagulation (auch in der Rhythmuskontrollgruppe), da die meisten Schlaganfälle nach Beendigung der Antikoagulation auftraten.

N Engl J Med 2002; 347: 1825–33, 1834–40

■ 12. Diuretika: First-line-Therapie bei Hypertonie (ALLHAT-Studie)

In einer großen Studie wurden 33.000 Patienten über 55 Jahre mit Hypertonie verschiedenen Medikamentengruppen zugeordnet, nachdem der Alphablocker Doxazosin wegen erhöhter Nebenwirkungen (Herzinsuffizienz) ausgeschieden worden war. Schließlich wurden Amlodipin, Lisinopril und das Diuretikum Chlorthalidon miteinander verglichen. Nach einem Follow-up von 5 Jahren war der Blutdruck in der Chlorthalidon-Gruppe signifikant niedriger gegenüber den zwei anderen. In den drei Medikamentengruppen wurden jedoch keine Mortalitätsunterschiede beobachtet. Auch der primäre Endpunkt (plötzliche koronare Herzerkrankung oder nichttödlicher Myokardinfarkt) war bei den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Allerdings wurde in der Amlodipin- und Lisinopril-Gruppe eine erhöhte Rate von Herzinsuffizienz beobachtet, in der Lisinopril-Gruppe traten signifikant häufiger kardiovaskuläre Ereignisse auf.

JAMA 2002; 288: 2981–97

■ 13. Andauernde Verabreichung von Clopidogrel: verbesserte Ergebnisse nach PTCA (CREDO-Studie)

2916 Patienten wurden vor und nach einer elektiven PCI einer Kombinationstherapie mit Aspirin plus Clopidogrel unterzogen. Beide Gruppen erhielten über 28 Tage Clopidogrel und Aspirin. Danach wurde in der einen Gruppe über ein gesamtes Jahr Clopidogrel mit Aspirin, in der anderen ausschließlich Aspirin verabreicht. Vor der Intervention wurde nur in der Clopidogrel-Gruppe dieses Medikament gegeben. Nach 28 Tagen war hinsichtlich des kombinierten Endpunktes Tod, Myokardinfarkt oder Notwendigkeit einer Zielgefäßrevaskularisierung kein Unterschied festzustellen. Nach einem Jahr war allerdings das Risiko in der Clopidogrel-Gruppe um 27 % reduziert. In der Clopidogrel-Gruppe war ein Trend zu höherer Blutungsrate zu beobachten.

JAMA 2002; 288: 2411–20

■ 14. Nicorandil senkt koronares Risiko (IONA-Studie)

In einer kontrollierten Studie wurden Patienten mit stabiler Angina pectoris einer Behandlung mit Nicorandil 2×10 mg über 2 Wochen, anschließend 2×20 mg über 1 Jahr unterzo-

gen. Nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 1,6 Jahren war es in der Placebogruppe bei 15,5 % der Patienten zum Eintreten des primären Endpunktes (Myokardinfarkt, Tod durch KHK, Hospitalisierung wegen Angina pectoris) vs. 13,1 % in der Nicorandil-Gruppe gekommen. Die Gesamtmortalität zeigte eine Tendenz zugunsten der Nicorandil-Gruppe (4,3 vs. 5,0 %).

Lancet 2002; 359: 1269–75

■ 15. Fluvastatin senkt das Risiko nach PCI (LIPS-Studie)

In einer kontrollierten Studie wurden 1677 Patienten mit erstmaliger PCI (Gesamtcholesterin zwischen 135 und 270 mg) einer Behandlung mit 80 mg Fluvastatin bzw. Placebo zugewiesen. Nach einer 4jährigen Beobachtungsdauer konnte das kardiovaskuläre Risiko (kardialer Tod, Myokardinfarkt, Bypass oder Re-PTCA) in der Fluvastatingruppe um signifikante 22 % gesenkt werden. Bei Diabetikern konnte die Häufigkeit des primären Endpunktes sogar um 37 % gesenkt werden.

JAMA 2002; 287: 3215–22

Quellen:

20 Top-Journale, „Journal Watch“ und „Journal Watch Cardiology“ 2002/2003

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

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