

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kardiologische Highlights 2005 - die Top 15

Lechleitner P

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2006; 13

(5-6), 175-178

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,-

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 Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. 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 Kardiologie

- ✓ 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.

Kardiologische Highlights 2005 – die Top 15

P. Lechleitner

Kurzfassung: Es werden 15 voll publizierte Studien aus dem Jahr 2005 vorgestellt, die nach Meinung des Autors den größten Einfluß auf die diagnostische und therapeutische Strategie in der Kardiologie haben sollten. Mündliche Präsentationen oder Abstracts wurden nicht

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

Abstract: Cardiology Highlights 2005 – The Top 15. We present 15 fully published top studies of the

year 2005, which the author believes should have the greatest impact on diagnosis and treatment in cardiology. Papers, which have only been presented at cardiology meetings (oral presentations or abstracts) are not listed. **J Kardiologie 2006; 13: 175–8.**

1. Vorsicht bei instabilen Patienten im akuten ST-Hebungsinfarkt mit Betablockertherapie (COMMIT-Studie), aber Bestätigung für den Effekt von Clopidogrel additiv zu Lyse und Aspirin

In einer großen chinesischen Doppelblindstudie (45.800 Patienten, mittleres Alter 61 Jahre) bei Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt erhielt die Interventionsgruppe Metoprolol (bis zu 15 mg i. v., dann 50 mg oral alle 4 Stunden für einen Tag, anschließend 200 mg retardiertes Metoprolol bis zur Entlassung oder für 4 Wochen). 50 % aller Patienten wurden überwiegend mit Urokinase lysiert. Gleichzeitig wurde auch die einfache (Aspirin) gegenüber der doppelten Plättchenaggregationshemmungstherapie (zusätzlich Clopidogrel) untersucht. Der primäre Endpunkt (Hospitalmortalität, Infarkt oder Herzstillstand) war in beiden Gruppen gleich (9,4 % vs. 9,9 % in der Placebogruppe). Auch hinsichtlich Mortalität ergab sich kein Unterschied. In der Metoprololgruppe traten weniger Reinfarkte (2,0 % vs. 2,5 %), weniger Kammerflimmern und weniger arrhythmieassoziierte Todesfälle auf. Allerdings starben signifikant mehr Patienten in der Metoprololgruppe im kardiogenen Schock (2,2 % vs. 1,7 %). Dies war vor allem innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme der Fall und betraf in erster Linie Patienten in der Killip-Klasse III.

In bezug auf die Plättchenaggregationshemmung (nur 3 % unterzogen sich einer elektiven PCI) kam es nach 30 Tagen zu einer signifikanten Reduktion in bezug auf den primären Endpunkt (Tod, Reinfarkt, Schlaganfall: 9,2 % vs. 10,1 %) oder Tod alleine (7,5 % vs. 8,1 %) in der Clopidogrel-plus-Aspiringruppe. Eine Subgruppenanalyse ergab, daß der Benefit im wesentlichen nur in der Fibrinolysegruppe eintrat. Größere Blutungen waren in beiden Gruppen nicht unterschiedlich (0,6 % in beiden Gruppen).

Lancet 2005; 366: 1607–21.

2. Frühinvasive Strategie bei Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkten bringt keinen frühen Benefit (ICTUS-Studie)

Bei 1200 Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkten wurde eine frühinvasive Strategie (Angiographie und allenfalls PCI mit Abciximab in den ersten 48 Stunden) mit einer konservativen Strategie (Aspirin plus Enoxapirin mit PCI nur dann, wenn trotz maximaler Therapie eine refraktäre Angina pectoris weiterbestand oder wenn hämodynamische oder rhythmische Instabilität auftrat) verglichen. Nach einem Jahr waren 79 % der frühinvasiven und 54 % der selektivinvasiven Gruppe revaskularisiert. In beiden Gruppen war der primäre Endpunkt (Tod, Reinfarkt oder Hospitalisierung für Angina pectoris) nicht unterschiedlich (22,7 % vs. 21,2 %), genauso wenig wie die Mortalitätsrate (2,5 % in beiden Gruppen). In der frühinvasiven Gruppe waren signifikant häufiger Myokardinfarkte (überwiegend kleine Infarkte mit geringen Enzymauslenkungen) aufgetreten (15 % vs. 10 %).

In diesem Zusammenhang sei auf die RITA-3-Ergebnisse verwiesen, welche in der frühen Phase ebenfalls eine erhöhte Ereignisrate in der frühinvasiven Gruppe aufwies, allerdings kam es in der Folge zu einem Vorteil für die frühinvasive Gruppe (siehe unten).

N Engl J Med 2005; 353: 1095–104.

3. Im Langzeitverlauf doch bessere Resultate der frühinvasiven Gruppe bei Nicht-ST-Hebungsinfarkten (RITA-3, 5-Jahres-Ergebnisse)

Die 5-Jahres-Ergebnisse der britischen RITA-3-Studie wurden kürzlich präsentiert. Bei 1810 Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkten war in der frühinvasiven Gruppe in bezug auf den primären Endpunkt (Tod oder Myokardinfarkt) nach einem Jahr kein Unterschied gegeben. Nach 5 Jahren waren in der frühinvasiven Gruppe 61 % und in der konservativen Gruppe 38 % revaskularisiert. Zu diesem Zeitpunkt war der primäre Endpunkt in der frühinvasiven Gruppe signifikant geringer aufgetreten (16,6 % vs. 20,0 %). Die Gesamtmortalität war grenzwertig signifikant in der frühinvasiven Gruppe verringert (2,1 % vs. 15,1 %; $p = 0,054$). Von der früh-

Aus der Internen Abteilung, Krankenhaus Lienz

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

invasiven Strategie profitierte vor allem die Hochrisikogruppe, insbesondere ältere Patienten. Bemerkenswert ist, daß der Vorteil der frühinvasiven Gruppe trotz der aggressiven Therapie in beiden Gruppen (Statine, Aspirin, Betablocker) offensichtlich ist. Eine mehr konservative Strategie ist vor allem bei Niedrigrisikopatienten sinnvoll.

Lancet 2005; 366: 914–20.

4. Drug-eluting-Stents (DES) sind kosteneffektiv (BASKET-Studie)

Eine Schweizer Arbeitsgruppe implantierte 826 Patienten, welche sich einer PCI unterziehen mußten (Zielgefäß kleiner als 4 mm), entweder einen DES (52 % Paclitaxel, 48 % Sirolimus) oder einen Bare-metal-Stent. Nach 6 Monaten war der kombinierte Endpunkt (kardialer Tod, Herzinfarkt, Gefäßrevaskularisation) in der DES-Gruppe signifikant niedriger (7,2 % vs. 12,1 %), wobei vor allem die Zielrevaskularisation zu diesem Ergebnis beitrug. Kein Unterschied ergab sich bei kardialen Tod, Herzinfarkt oder Stentthrombose. Unterschiede zwischen Sirolimus- und Paclitaxelstents ergaben sich ebensowenig. Nach 6 Monaten waren die Gesamtkosten in der DES-Gruppe signifikant höher (EUR 10.544,- vs. EUR 9639,-). Die Kosten, um ein größeres Ereignis zu vermeiden, waren in der DES-Gruppe um EUR 18.300,- höher. Die Kosteneffektivität mit DES war vor allem in Subgruppen mit erhöhtem Risiko für eine Restenose (ältere Patienten, Diabetiker, Mehrgefäßerkrankung, lange Läsionen, schmale Gefäße) gegeben.

Lancet 2005; 366: 921–9.

5. Niedrigere LDL-Werte für stabile koronare Herzerkrankung erstrebenswert (TNT-Studie)

In einer doppelblinden industriegesponserten Studie bei 10.000 Patienten mit stabiler koronarer Herzerkrankung (mittleres Alter 61 Jahre, 81 % Männer) wurden die Patienten randomisiert einer täglichen Applikation von 10 mg (LDL-Ziel: 100 mg/dl) oder 80 mg (LDL-Ziel: 75 mg/dl) Atorvastatin unterzogen. Die Patienten wurden nur in die Studie aufgenommen, wenn sie nach einer 8wöchigen Run-in-Phase mit 10 mg Atorvastatin einen LDL-Spiegel unter 130 mg/dl erreichten. Nach 5 Jahren betrug der mittlere LDL-Spiegel in der Hochdosisgruppe 77 mg/dl, in der Niedrigdosisgruppe 101 mg/dl. In der Hochdosisgruppe traten signifikant weniger kardiovaskuläre Ereignisse auf (8,7 % vs. 10,9 %), wobei signifikante Unterschiede beim nichttödlichen Myokardinfarkt (4,9 % vs. 6,2 %) und beim Schlaganfall (2,3 % vs. 3,1 %) auftraten. Die Zahl der Studienabbrüche wegen Medikamentenunverträglichkeit war in der Hochdosisgruppe signifikant erhöht (7,2 % vs. 5,3 %). In der Gesamtmortalität ergab sich zwischen beiden Gruppen kein Unterschied. Insgesamt traten nur 5 Fälle von Rhabdomyolyse auf, interessanterweise drei davon in der Niedrigdosisgruppe. Diskussionswürdig ist die höhere Mortalitätsinzidenz aus nichtkardialer Ursache in der Hochdosisgruppe.

N Engl J Med 2005; 352: 1425–35.

6. Primäre Prävention kardiovaskulärer Ereignisse bei Frauen über 45 Jahren durch Aspirin fraglich (Women's Health Study)

45.000 gesunde Frauen über 45 Jahre (davon 28 % prämenopausal) erhielten über 10 Jahre jeden 2. Tag 100 mg Aspirin zur Primärprophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse. In bezug auf Herzinfarkt und Tod ergab sich kein Unterschied, allerdings hatte die Aspiringruppe eine etwas geringere (aber doch signifikante) Inzidenz von Schlaganfall (1,1 % vs. 1,3 %). In der Gruppe der über 65jährigen war Aspirin auch in bezug auf kardiovaskuläre Ereignisse signifikant wirksam. Die Rate von gastrointestinalen Blutungen war in der Aspiringruppe häufiger (4,6 % vs. 3,8 %). Diese Ergebnisse dürfen nicht mit jenen verwechselt werden, bei denen Frauen mit bekannter kardiovaskulärer Erkrankung Aspirin zur Prophylaxe erhielten, wo der Benefit deutlich höher ausgeprägt war.

N Engl J Med 2005; 352: 1293–304.

7. Nur Patienten mit hohem perioperativem Risiko profitieren von einer Betablockertherapie

In einer retrospektiven Untersuchung an 660.000 Patienten, die sich einer nichtkardialen Operation unterzogen, wurde die perioperative Betablockertherapie in Hinblick auf kardiovaskuläre Ereignisse untersucht. Dabei wurde die Spitalmortalität in der Betablockertherapie gegenüber der Kontrollgruppe nicht signifikant beeinflusst (2,3 % vs. 2,4 %). Nur in der Hochrisikogruppe kam es zu einer signifikanten Reduktion des Mortalitätsrisikos (NNT 33).

N Engl J Med 2005; 353: 349–61.

8. Hypertonie – schlechtere Karten für Betablocker und Thiazide (ASCOT-BPLA-Studie)

In einer großen Studie an ca. 2000 Hypertonikern mit multiplem Risikoprofil, aber ohne manifeste koronare Herzerkrankung wurde die unterschiedliche antihypertensive Therapie in bezug auf den primären Endpunkt kardialer Tod und Myokardinfarkt untersucht. Eine Gruppe erhielt den Betablocker Atenolol (zusätzlich Diuretikum, wenn nicht ausreichend), die andere Gruppe den Kalziumblocker Amlodipin (zusätzlich ACE-Hemmer, falls erforderlich). In der Amlodipingruppe traten weniger Ereignisse auf, wenngleich der primäre Endpunkt keine statistische Signifikanz erreichte. Dies war vermutlich dadurch bedingt, daß sich eine sehr hohe Zahl von Patienten einer Revaskularisierung noch bevor Erreichen des Endpunktes unterzogen hatte. Allerdings wurden die meisten sekundären Endpunkte (z. B. kardiovaskuläre Mortalität, Gesamtmortalität, Schlaganfall, koronare Ereignisse) in der Amlodipingruppe signifikant reduziert. In der Amlodipingruppe wurde der Blutdruck geringgradig mehr reduziert als in der Kontrollgruppe.

Einen Monat später wurde eine 20 Studien umfassende Metaanalyse mit Betablockern bei primärer Hypertonie veröffent-

licht. In 13 Studien, in denen ein Vergleich mit anderen Medikamenten angestrebt wurde, fanden sich in der Betablockerggruppe 16 % mehr Schlaganfälle. Gesamtmortalität oder Herzinfarktraten waren nicht unterschiedlich. Diese Ergebnisse stellen die Betablocker als First-line-Therapie der Hypertonie in Frage.

Lancet 2005; 366: 869–71.

Lancet 2005; 366: 1545.

9. ACE-Hemmer oder Betablocker zuerst bei Patienten mit Herzinsuffizienz? (CIBIS-III-Studie)

In einer offenen Studie an 1010 Herzinsuffizienzpatienten (NYHA II–III) erhielten die Patienten entweder 10 mg Bisoprolol oder 2 × 10 mg Enalapril als initiale Therapie (die Patienten waren über 65 Jahre alt, 68 % davon Männer, Auswurf-fraktion < 35 %). Nach 6 Monaten wurde die zweite Medikation dazugegeben. Nach einem mittleren Follow-up von 1,2 Jahren war die Erstbehandlung mittels Bisoprolol in bezug auf den kombinierten Endpunkt Tod oder Hospitalisierung (Non-inferiority-Studie) nicht unterschiedlich. Allerdings wurden die statistischen Kriterien für eine Non-inferiority-Studie bei Patienten, welche mit einer Betablockerdosis begonnen hatten, nicht erreicht. Aus diesem Grund sind die Resultate mit Vorsicht zu interpretieren.

Circulation 2005; 112: 2462–35.

10. Pulmonalkatheter beim Management der schweren Herzinsuffizienz entbehrlich (ESCAPE)

433 Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz wurden in einer randomisierten Untersuchung mit und ohne Zuhilfenahme des Pulmonalkatheters therapiert. Sowohl die Symptomatik als auch die Mortalität (in- und außerhalb des Krankenhauses) waren in beiden Gruppen nicht unterschiedlich. Infektionen traten in der Pulmonalkathetergruppe gehäuft auf. Diese Ergebnisse wurden durch eine Metaanalyse von 13 randomisierten Studien mit und ohne pulmonalkathetergeführte Therapie an 5000 kritisch kranken Patienten bestätigt.

J Am Med Assoc 2005; 294: 1625–33.

J Am Med Assoc 2005; 294: 1664–70.

11. Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) bestätigt sich (CARE-HF)

Nach MIRACLE und COMPAGNON wurde eine weitere große CRT-Studie publiziert. In der industriegesponserten Studie wurden 800 Herzinsuffiziente der NYHA-Klasse III–IV mit einer Auswurf-fraktion < 35 % und einer QRS-Dauer > 120 ms einer fortgesetzten medikamentösen Therapie bzw. einer CRT-Therapie (ohne Defi), welche zusätzlich zur medikamentösen Therapie verabreicht wurde, zugeteilt. Bei Patienten mit einer QRS-Dauer < 150 ms waren echokardiographische Kriterien einer ventrikulären Dyssynchronität erforderlich. Nach einem mittleren Follow-up von 29 Monaten war der primäre Endpunkt (Mortalität oder die erste ungeplante

Hospitalisierung wegen eines größeren kardiologischen Ereignisses) in der CRT-Gruppe signifikant reduziert (39 % vs. 55 %). Auch die Mortalität alleine war signifikant reduziert (20 % vs. 30 %). Das Ausmaß des Benefits nahm mit Fortdauer der Follow-up-Zeit zu. Die häufigsten Komplikationen in der CRT-Gruppe waren Sondendislokation (24 Patienten) bzw. Koronarsinusdissektion (10 Patienten).

N Engl J Med 2005; 352: 1539–49.

12. Kein Benefit durch Vasodilatoren bei asymptomatischer Aorteninsuffizienz

In einer randomisierten offenen Studie wurden 95 Patienten mit asymptomatischer chronischer schwerer Aorteninsuffizienz (mittleres Alter 43 Jahre, 78 % Männer, Auswurf-fraktion 59 %, mittlerer enddiastolischer linksventrikulärer Durchmesser von 6,6 cm) entweder mit täglich 20 mg Nifedipin, 20 mg Enalapril oder Placebo therapiert. Nach einem mittleren Follow-up von 7 Jahren war die Notwendigkeit für einen Aortenklappenersatz in den Gruppen nicht unterschiedlich. Auch die Dauer bis zum Aortenklappenersatz wurde durch die Medikation nicht verlängert. Ebenso wenig wurden die echokardiographischen Dimensionen verlängert.

N Engl J Med 2005; 353: 1342–9.

13. BNP zur Prognoseabschätzung von Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz

In einer Gruppe von 124 Patienten (mittleres Alter 63 Jahre, 70 % Männer) mit chronischer Mitralklappeninsuffizienz wurden die BNP-Spiegel im Mittel über 4,4 Jahre untersucht. Jeweils 1/3 aller Patienten hatten eine milde, eine moderate oder eine schwere Mitralklappeninsuffizienz. Während der Follow-up-Zeit verstarben 7 Patienten, bei 11 entwickelte sich eine Herzinsuffizienz. Ein höherer BNP-Spiegel war ein unabhängiger Prädiktor für Tod bzw. für den kombinierten Endpunkt Tod oder Herzinsuffizienz (HR: 1,09; 95%-KI: 1,001–1,19). Die Basisspiegel betrugen zwischen 0,1 pg und 410 pg/ml. Spiegel über 30 pg/ml waren mit höherem Alter, einer höhersymptomatischen Mitralklappeninsuffizienz, höheren Pulmonaldrücken und größerem linksventrikulärem endsystolischem Volumen verbunden. Die Symptomatik korrelierte nicht mit der Schwere der Mitralklappenregurgitation, ebenso wenig mit der Höhe der BNP-Spiegel.

Wie schon bei der Aortenklappenstenose scheint sich nunmehr auch bei der Mitralklappeninsuffizienz der BNP-Spiegel als brauchbarer Parameter in der Abschätzung des Risikos von Patienten darzustellen.

Circulation 2005; 111: 2391–7.

14. ACE-Hemmer verlangsamen die Kalzifizierung der Aortenklappe

In einer retrospektiven Beobachtungsstudie an 223 Patienten mit verkalkter Aortenstenose erhielten 65 % der Patienten einen ACE-Hemmer. Nach einem mittleren Follow-up von 2,5 Jahren kam es zu einem signifikant geringeren Anstieg des

Kalziumscores in der ACE-Hemmergruppe (OR: 0,28; $p = 0,02$). Nach den widersprüchlichen Resultaten mit Statinen könnte sich eine neue medikamentöse Beeinflussung der Aortenstenose ergeben.

Arch Intern Med 2005; 165: 858–62.

15. Disopyramid: eine wirksame Therapie für Patienten mit hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (HOCM)

In einer Studie an 118 HOCM-Patienten (mittleres Alter 47 Jahre, mittlerer Gradient 74 mmHg) erhielten die Inter-

ventionspatienten über einen Zeitraum von 3 Jahren das Antiarrhythmikum Disopyramid (mittlere Dosis 430 mg täglich). Nur 34 % der Patienten unter Disopyramid (häufig kombiniert mit Betablocker) benötigten eine nichtpharmakologische Intervention. Plötzlicher Herztod trat bei 4 Patienten in der Disopyramidgruppe auf (1 % jährliche Todesrate), dies unterschied sich nicht gegenüber der Kontrollgruppe.

J Am Coll Cardiol 2005; 45: 1251–8.

Quellen:

20 Top-Journale, Journal Watch, Journal Watch Cardiology, Up-To-Date.

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