

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Für Sie gelesen

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2002; 9 (12)

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.

Für Sie gelesen

Die Redaktion

Interventional vs conservative treatment for patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction: the British Heart Foundation RITA-3 randomized trial

Fox KAA et al, for the Randomized Interventional Trial of unstable Angina (RITA) Investigators. Lancet 2002; 360: 743–51.

Einleitung, Studienziel

Nach den aktuellen Richtlinien können Patienten mit instabiler koronarer Herzkrankheit entweder interventionell oder konservativ behandelt werden.

RITA-3 wurde durchgeführt, um die Hypothese zu untersuchen, daß die frühe Routine-Angiographie mit Revaskularisation (je nach klinischer Indikation) bessere Ergebnisse bei Patienten mit instabiler Angina pectoris oder mit MI ohne ST-Hebung bringt als die konservative Strategie. Alle Patienten erhielten eine optimale medikamentöse Versorgung. 2 Strategien wurden also in RITA-3 verglichen: systematische Angiographie und – wenn indiziert – Revaskularisation oder optimale Medikation mit Angiographie und Revaskularisation nur bei Wiederauftreten von Symptomen.

Methodik

In diese multizentrische, randomisierte Studie wurden 1810 Patienten mit akuten Koronarsyndromen ohne ST-Hebung aufgenommen, das mittlere Alter betrug 62 Jahre, 38 % waren Frauen. Die Patienten wurden entweder einer frühen interventionellen Behandlung unterzogen oder erhielten eine konservative Therapie, bestehend aus antianginöser und antithrombotischer Therapie. Die Patienten beider Gruppen erhielten als optimale antithrombotische Medikation Enoxaparin (1 mg/kg s.c., 2x täglich über 2–8 Tage). Bei klinischer Indikationsstellung konnten zusätzlich GpIIb/IIIa-Rezeptorantagonisten oder Antiplättchensubstanzen verabreicht werden. Der primäre Endpunkt umfaßte eine Kombination von Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt oder wiederkehrender Angina pectoris nach 4 Monaten sowie eine Kombination von Tod oder nicht-tödlichem Myokardinfarkt nach 1 Jahr. Es wurde eine „Intention to treat“-Analyse durchgeführt.

Ergebnisse

895 der 1810 Patienten wurden in die interventionelle Gruppe randomisiert, und 915 wurden konservativ behandelt. 97 % der Patienten konnten 1 Jahr nachbeobachtet werden. Nach 4 Monaten waren 86 Patienten der interventionellen Gruppe (9,6 %) verstorben oder hatten einen Myokardinfarkt oder wiederkehrende Angina pectoris-Anfälle erlitten, verglichen mit 133 der konservativen Gruppe (14,5 %) (Risikoverhältnis 0,66, 95 % CI 0,51–0,85, $p = 0,001$). Diese Differenz beruhte hauptsächlich auf einer Halbierung der wiederauftretenden Angina pectoris in der interventionellen Gruppe. Das Auftreten von Tod oder MI nach 1 Jahr war in beiden Behandlungsgruppen ähnlich (68 [7,6 %] bzw. 76 [8,3 %], Risikoverhältnis 0,91, 95 % CI 0,67–1,25, $p = 0,58$). In der interventionellen Gruppe waren die Angina-Symptome verbessert und die antianginöse Medikation signifikant verringert ($p < 0,0001$).

Schlußfolgerungen

RITA-3 konnte zeigen, daß der Haupteffekt der interventionellen Therapie in der Reduktion der Angina pectoris-Rezidive lag. Das Risiko für Tod und Myokardinfarkt wurde nicht erhöht.

Um Schlüsse hinsichtlich einer Prognose ziehen zu können, bedarf es der Kompletierung des geplanten 5jährigen Follow-ups. Für Patienten mit instabiler Angina pectoris oder MI ohne ST-Hebung ist eine interventionelle Strategie vorteilhaft.

Kommentar des Experten

RITA-3 ist die dritte große, randomisierte Studie in den letzten 6 Jahren, welche eine moderne, konventionelle Basistherapie beim Non-ST-ACS-Syndrom mit einer invasiven Strategie (mit modernen Stents und GPIIb/IIIa-Blockern) vergleicht.

Mit dieser Studie sollte die Debatte einer Überlegenheit der invasiven Strategie beendet sein.

Den größten Einfluß hatte die invasive Strategie in dieser Studie auf refraktäre Angina pectoris und damit auf die Notwendigkeit für Spitalswiederaufnahmen und vor allem auf die Halbierung der Infarktrate in der Gruppe mit mittlerem und jener mit hohem Risiko.

Zusammen mit FRISC 2 und TACTICS-TIMI 18 ist nun klar belegt, daß in dieser

Subgruppe von Koronarpatienten die frühzeitige invasive Strategie die Überlebenschancen und die Prognose verbessert.

Nach wie vor offen bleibt der Einfluß beim weiblichen Geschlecht, sodaß hier die Datenlage nicht so klar ist und unsicher bleibt.

Ich bin überzeugt, daß die Ergebnisse von RITA-3 die neuen Richtlinien von ESC und ACC beeinflussen werden.

O. Pachinger, Innsbruck

Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism

Konstantinides St et al, for the Management Strategies and Prognosis of Pulmonary Embolism-3 Trial Investigators. N Engl J Med 2002; 347: 1143–50.

Einleitung und Methodik

Die Wirkung von Thrombolytika bei hämodynamisch stabilen Patienten mit submassiver Pulmonalembolie wird seit längerem kontroversiell diskutiert. Diese randomisierte, placebokontrollierte Studie wurde durchgeführt, um die Wirksamkeit einer Behandlung mit Heparin plus Alteplase mit einer Behandlung mit Heparin plus Placebo bei Patienten mit akuter submassiver Pulmonalembolie zu untersuchen. Dabei wurden Pulmonalembolie-Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder mit rechtsventrikulärer Dysfunktion oder beidem inkludiert, jedoch hämodynamisch instabile Patienten ausgeschlossen. Die Patienten wurden randomisiert und doppelblind einer Behandlung mit Heparin plus 100 mg Alteplase oder Heparin plus Placebo über 2 Stunden zugeteilt. Der primäre Endpunkt war Tod im Spital oder eine klinische Verschlechterung, die eine Eskalation der Therapie, wie Katecholamininfusionen, sekundäre Thrombolyse, endotracheale Intubation, kardiopulmonale Reanimation oder chirurgische Notfalls-Embolektomie bzw. Thrombusfragmentation via Katheter, erforderlich machte.

Ergebnisse und Schlußfolgerung

Es wurden 256 Patienten in die Studie aufgenommen, von denen 118 in die Heparin plus Alteplase-Gruppe und 138 in die Hepa-

rin plus Placebo-Gruppe eingeteilt wurden. Der primäre Endpunkt wurde in der Heparin plus Placebo-Gruppe signifikant öfter erreicht ($p = 0,006$). Das 30-Tage-ereignisfreie Überleben (Kaplan-Meier-Analyse) war in der Heparin plus Alteplase-Gruppe höher ($p = 0,005$), was auf die höhere Inzidenz einer notfallmäßigen Zusatztherapie in der Heparin plus Placebo-Gruppe zurückzuführen war (24,6 % vs. 10,2 %, $p = 0,004$). Hingegen war die Mortalität in beiden Gruppen gering (3,4 % in Heparin plus Alteplase, 2,2 % in Heparin plus Placebo, $p = 0,71$). Die Behandlung mit Heparin plus Placebo war mit einem dreifach höheren Risiko von Tod oder massiver Behandlung assoziiert als die Behandlung mit Heparin plus Alteplase ($p = 0,006$). Es traten keine tödlichen oder zerebralen Blutungen bei den mit Heparin plus Alteplase behandelten Patienten auf.

Bei hämodynamisch stabilen Patienten mit submassiver Pulmonalembolie kann der klinische Verlauf durch die Gabe von

Heparin mit Alteplase verbessert werden, und einer klinischen Verschlechterung, die einer massiven Behandlung bedarf, kann vorgebeugt werden.

Kommentar des Experten

In der gleichen Ausgabe des „New England Journal of Medicine“ erschien ein Editorial von Samuel Z. Goldhaber, Harvard Medical School, Boston, zu dieser Arbeit, der darauf hinwies, daß es sich um die größte jemals durchgeführte Thrombolysestudie bei Pulmonalembolie mit einer sehr kontroversiellen Patientengruppe handelt.

Bemerkenswert in der Studie von Konstantinides et al. ist die niedrige Rate an Blutungskomplikationen. Zum Vergleich: In der International Cooperative Pulmonary Embolism Registry, der derzeit größten, pro-

spektiven Registrierung des Managements von Pulmonalembolie, erhielten 304 von 2454 Patienten eine Thrombolyse mit einer intrakraniellen Blutungsrate von 3,0 %.

Basierend auf der vorliegenden Studie sollte man eine Erweiterung der Indikation für eine Thrombolyse mit Gabe von 100 mg Alteplase über 2 Stunden bei sorgfältig ausgewählten normotonen Patienten mit Pulmonalembolie und mäßiger bis schwerer rechtsventrikulärer Dysfunktion ins Auge fassen.

Bei Kontraindikationen für eine Thrombolysetherapie müssen alternative Strategien, wie z. B. die kathetergestützte oder chirurgische Embolektomie, in Betracht gezogen werden. S. Goldhaber rät, zur Risikostratifizierung die Echokardiographie zu verwenden, um jene Patienten zu identifizieren, die eine proximale Pulmonalthrombembolie oder eine vorliegende kardiopulmonale Erkrankung aufweisen. Auch das Risiko einer schweren Blutung muß festgestellt werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)