

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Für Sie gelesen

Journal für Kardiologie - Austrian

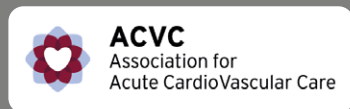
Journal of Cardiology 2002; 9 (12)

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Member of the



ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



Indexed in EMBASE

WANDERN *mit* HERZ *Schwäche*

Um das Bewusstsein für die Gefahren von Herzinsuffizienz zu erhöhen, veranstalten die Österreichische Gesellschaft für Kardiologie und der Österreichische Herzverband anlässlich des Internationalen Heart Failure Awareness Days die Veranstaltung „Wandern mit Herzschwäche“.

Die Veranstalter richten sich damit an alle, die trotz Herzschwäche aktiv bleiben und ein „normales“ Leben leben wollen: „Kommt und wandern wir gemeinsam mit Fritz Strobl.“ Geben Sie diesen Veranstaltungstipp gerne an Ihre betroffenen Patienten weiter.

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Termin: | Samstag, 25. September 2021 (Ersatztermin: 26. September 2021) |
| Treffpunkt: | 10:00 Uhr auf der Koralpe am Parkplatz des Alpengasthaus SONNHOF oder mit Shuttle von Eitweg am Fuß der Koralpe. |
| Start der Wanderung: | 11:00 Uhr, Gehzeit ca. 2 Stunden |
| Schwierigkeitsgrad: | Leicht |
| Mittagessen: | 13:30 Uhr |

Nähere Informationen rund um das Thema Herzschwäche und Anmeldung zur Veranstaltung auf www.leben-mit-herzschwaechte.at

Veranstalter/Unterstützer:
Österreichische Gesellschaft für Kardiologie
Arbeitsgruppe für Herzinsuffizienz
Österreichischer Herzverband



Mit Unterstützung der ZOLL Medical Österreich GmbH

Aufgrund der dzt. Covid Pandemie gilt die 2G Regel geimpft oder getestet (negativer Antigentest nicht älter als 24h).*

* Sollte sich die gesetzliche Regelung für Massenveranstaltungen ändern, finden Sie diese auf unser Website www.leben-mit-herzschwaechte.at und auf unseren Socialmediakanälen.

Eisen und Anämie im kardio-renalen Kontinuum

am Dienstag 28. 9. 2021
um 18.00 Uhr
online in Form eines Webinars

Vorsitz: Prim. Prof. Dr. Marcus Säemann

Hilfe – Anämie und schlechte Niere!

OA Werzowa Johannes, Hanusch Krankenhaus, 1.Med.Abt.

Eisen – der Retter bei renaler Anämie?

OA Edlinger Roland, Klinik Hietzing, 3.Med.Abt.

Eisen - Was sagt das Herz dazu?

Prim. Prof. Dr. Marcus Säemann, Klinik Ottakring, 6.Med.Abt.

Um DFP Approbation ist angesucht



mit freundlicher Unterstützung von Vifor Pharma



Anmeldung auf:

[https://register.gotowebinar.com/register/
4822146155708248079](https://register.gotowebinar.com/register/4822146155708248079)



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](#)