

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

Für Sie gelesen

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2001; 8 (5)

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.

MANAGEMENT OF HYPERTENSION: THE ADVENT OF A NEW ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST

Hedner Th. *J Hypertens* 1999; 17
(Suppl 2): S21–S25.

Einleitung

Diese Arbeit faßt die Studienergebnisse hinsichtlich der klinischen Effektivität und des Sicherheitsprofils von Eprosartan zusammen.

Behandlung der essentiellen Hypertonie

In einer randomisierten, placebo-kontrollierten, 8wöchigen Studie mit 243 Patienten mit essentieller Hypertonie (diastolischer Blutdruck 95 bis 114 mmHg) konnten durch die Gabe von Eprosartan 600 mg einmal täglich sowohl der systolische als auch der diastolische Blutdruck verglichen mit Placebo signifikant reduziert werden. Dies konnte in weiteren Studien bestätigt werden.

Die Kontrolle des systolischen Blutdrucks

Rezente Ergebnisse zeigen, daß ein erhöhter systolischer Blutdruck bzw. eine isolierte systolische Hypertonie wichtige unabhängige Indikatoren des Risikos für koronare Herzkrankheit und Schlaganfall zusätzlich zum erhöhten diastolischen Blutdruck darstellen. In einer 10wöchigen, randomisierten, multizentrischen, doppelblinden Parallelgruppenstudie wurden 118 Patienten mit schwerer Hypertonie (diastolischer Blutdruck > 115 mmHg und < 125 mmHg) in

eine Eprosartan-Gruppe (400 bis 800 mg pro Tag) und in eine Enalapril-Gruppe (10–40 mg täglich) eingeteilt. Die Ergebnisse zeigten, daß Eprosartan den systolischen Blutdruck im Sitzen um 29 mmHg reduzierte, verglichen mit 21 mmHg unter Enalapril-Einnahme ($p < 0,05$). Beim diastolischen Blutdruck im Sitzen ergab sich für Eprosartan eine Reduktion um 20 mmHg, für Enalapril um 16 mmHg (n. s.). Als Response wurde gewertet, wenn entweder ein diastolischer Blutdruck im Sitzen von < 90 mmHg oder eine Verringerung des Blutdruckes von > 15 mmHg vom Ausgangswert erreicht wurde. Dieses Kriterium wurde bei 69,5 % der Eprosartan-Gruppe und bei 54,2 % der Enalapril-Gruppe erreicht.

Spezielle Populationen

In einer Teilstudie einer 26wöchigen, doppelblinden Untersuchung, die Eprosartan und Enalapril verglich, wurden prospektiv definierte Subgruppenanalysen hinsichtlich der Wirksamkeit beider Substanzen in speziellen Populationen vorgenommen. Diese Analysen zeigten, daß Eprosartan unabhängig von Alter, Geschlecht oder Rasse in der Reduktion des Blutdrucks wirksam ist. Es konnten z. B. vergleichbare Reduktionen von diastolischem und systolischem Blutdruck bei Patienten, die < 65 Jahre, und solchen, die > 65 Jahre sind, beobachtet werden, wobei sich eine deutlichere Reduktion des systolischen Blutdrucks in der älteren Population ergab (Senkung um 18,9 bzw. 16,2 mmHg).

Verträglichkeit von Eprosartan

Eprosartan (400–1200 mg/Tag, einmal oder zweimal täglich) ist gut

verträglich, wie in klinischen Studien gezeigt werden konnte. Dabei ergab sich eine Gesamtinzidenz an unerwünschten Wirkungen, die jener von Placebo entspricht. Die berichteten unerwünschten Wirkungen waren Kopfschmerzen, Benommenheit, Myalgie, Husten und Müdigkeit, unterschieden sich in Natur und Inzidenz jedoch nicht signifikant von der Placebo-Gruppe. Die Rate an Patienten, die das Medikament wegen Nebenwirkungen absetzten, unterschied sich ebenfalls nicht signifikant von Placebo (3,6 vs. 6,5 %). Die Inzidenz von Husten bei Eprosartan-Patienten erscheint jener ähnlich, die von Placebo berichtet wurde, und geringer als jene mit Enalapril.

Schlußfolgerung

Diese Ergebnisse zeigen, daß AT1-Rezeptorantagonisten wie Eprosartan eine neue Möglichkeit in der kardiovaskulären Therapie eröffnen und eine bessere Behandlung der Hypertonie und assoziierter kardiovaskulärer Erkrankungen ermöglichen.

Kommentar des Experten:

Diese Übersichtsarbeit befaßt sich seriös mit der Stellung der Angiotensin II-Antagonisten im Management der arteriellen Hypertonie, wobei der Focus auf Eprosartan gerichtet war. Die Spezifika dieses neueren AT1-Rezeptorblockers wurden herausgearbeitet mit der immer brisanten Frage: „Ist es ein Klasseneffekt oder gibt es doch klinisch relevante Unterschiede?“

Die Antwort lautet derzeit „JEIN“.

B. Eber, Wels

USEFULNESS OF INTRAVENOUS ENOXAPARIN FOR PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN STABLE ANGINA PECTORIS

Rabah MM et al. *Am J Cardiol* 1999; 84: 1391–5.

Einleitung

In klinischen Studien konnten die Vorteile von subkutan verabreichtem NMH gegenüber unfraktioniertem Heparin (UFH) aufgezeigt werden. Es liegen jedoch nur wenige Daten hinsichtlich der hochdosierten intravenösen Verabreichung, die für die Angioplastie notwendig ist, vor. Diese Pilotstudie wurde daher durchgeführt, um den antithrombotischen Effekt von NMH Enoxaparin i.v. als Bolus im Vergleich zur bisher durchgeführten systemischen Verabreichung von UFH bei elektiver PCI nachzuweisen.

Methodik

Je 30 Patienten wurden randomisiert, und entweder der Enoxaparin-Gruppe (1 mg/kg Bolus Enoxaparin i. v.) oder der Heparin-Gruppe zugeteilt. Die Anfangsdosis betrug 10.000 IE; um eine ACT (= activated clotting time) von 300 sec. zu erhalten, wurden, falls erforderlich, weitere Dosen verabreicht. Blutproben wurden vor der Untersuchung, 5 Minuten und 4 Stunden nach der Gabe des Bolus analysiert, um zu untersuchen, ob durch eine einzige i. v. Bolus-Gabe von Enoxaparin ein anhaltender therapeutischer, antithrombotischer Effekt erreicht werden kann, um mehrfache Heparin-Dosen und engmaschige Kontrolle der Gerinnungsparameter zu vermeiden. Die Angiogramme wurden von einem interventionellen Kardiologen in verblindeter Weise beurteilt.

Ergebnisse

30 % der Heparin-Patienten benötigten einen zweiten Bolus von UFH i. v., um die angestrebte ACT von 300 sec. vor PCI zu erreichen. In der Enoxaparin-Gruppe erwies sich der Einzelbolus bei allen Patienten als ausreichend. Generell war die antithrombotische Wirkung von Enoxaparin und UFH vergleichbar, was sich durch die Messung der anti-Xa-Werte bestätigte. Ein hochsignifikanter Unterschied zeigte sich bei der Messung der anti-IIa-Einheiten, sowohl nach 5 min. als auch nach 4 h ($p < 0,0001$). Die Erfolgsrate der Angioplastie (Enoxaparin: 97 %, UFH: 93 %), die Anzahl an Ischämien, Blutungen und vaskulären Komplikationen waren in beiden Gruppen gleich.

Schlußfolgerung

Enoxaparin i.v. als Bolus verabreicht ist bei elektiver PCI antithrombotisch wirksam. Obwohl die Gerinnungswerte, die mit Enoxaparin erreicht werden, signifikant niedriger sind als jene mit UFH, traten in der Enoxaparin-Gruppe keine ischämischen Komplikationen auf. Durch die Verwendung eines i. v. Bolus von Enoxaparin – ohne ACT-Messung – besteht die Möglichkeit, die PCI zu vereinfachen und vielleicht auch die Sicherheit zu erhöhen. Diese Ergebnisse sollten in weiterführenden Studien mit größeren Patientenzahlen hinsichtlich der Ischämie- und Blutungsraten und der vaskulären Ereignisse bestätigt werden.

Kommentar des Experten:

Diese Untersuchung mit i. v. niedrigmolekularem Heparin (hier Enoxaparin) im Vergleich zu Standardheparin bei Patienten mit koronarer Intervention muß als wichtige Beobachtung gewertet werden. An einer recht kleinen Patientenzahl (60 Personen) konnten keinerlei Unterschiede in diversen Parametern bei kurzer Beobachtungszeit nachgewiesen

werden. Selbstverständlich müssen die Daten an einer größeren Anzahl über einen längeren Zeitraum erst bestätigt werden.

B. Eber, Wels

THE VENUS STUDY – A MULTI-CENTER STUDY OF THE BX VELOCITY™ BALLON-EXPANDABLE STENT MOUNTED ON THE RAPTOR OVER THE WIRE STENT DELIVERY SYSTEM IN PATIENTS WITH DE NOVO OR RESTENOTIC NATIVE CORONARY ARTERY LESIONS

Submitted for publication. Abstract (TCT-38): *Am J Cardiol* 2000.

Einleitung

Diese multizentrische Studie untersuchte die Wirkung und Sicherheit von BX Velocity™, einem auf dem Raptor® Rapid Exchange Delivery System montierten, ballonexpandierenden Stent, bei Patienten mit De-novo- oder Re-Stenosen in nativen Koronargefäßen im Vergleich zu den bereits vorhandenen Daten von Palmaz-Schatz und Palmaz-Schatz-CROWN ballonexpandierenden Stents. Es wird über die 6-Monats-Ergebnisse berichtet.

Material und Methodik

304 Patienten wurden in diese multizentrische, prospektive, nichtrandomisierte Studie aufgenommen, mit dem BX Velocity™ behandelt und nach 30 Tagen und 6 Monaten klinisch bzw. angiographisch nachuntersucht. Das mittlere Alter der Patienten betrug 64 Jahre, 60,9 % waren Männer, 23,4 % Diabetiker. Die Daten-

sammlung wurde mittels standardisierten Berichtsformularen durch die klinischen Koordinatoren in den einzelnen Zentren durchgeführt. In 94,7 % (288/304) der Patienten wurde der klinische Follow-up länger als 150 Tage dokumentiert, der angiographische Follow-up war für 74 % (77/104) nach 6 Monaten erhältlich. Eine quantitative Koronarangiographie wurde vor und nach der Stentsetzung sowie nach der Endbehandlung bei allen Patienten durchgeführt. Die primären Endpunkte hinsichtlich der Wirksamkeit waren die Feststellung des „In stent“-Durchmessers der Stenose nach der Stentung mittels Koronarangiographie, das Auftreten von wichtigen unerwünschten kardialen Auswirkungen (Major Adverse Cardiac Events, MACE) wie Tod, Q-wave- oder Non-Q-wave-Myokardinfarkt, Notfalls-Bypassoperation oder Zielgefäßrevaskularisation 180 Tage nach der Stentung sowie der prozentuale „In stent“-Durchmesser der Stenose 6 Monate nach dem Eingriff durch quantitative Koronarangiographie. Ein unabhängiges „Clinical Event Committee“ entschied über die klinischen Endpunkte.

Ergebnisse und Schlußfolgerung

Die Stenting-Erfolgsrate, definiert als das Erreichen eines „In-stent“-Durchmessers der Stenose von < 50 % ohne Auftreten eines MACE, betrug 96,7 % (294/304) (95 %-Konfidenzintervall: 94,0 %, 98,4 %). Die 180-Tage-Inzidenz von MACE betrug 7,6 % (23/304) (95 %-KI: 4,9 %, 11,1 %). Die Kaplan-Meier-Kurve für die Absenz von MACE betrug 92,2 % (95 %-KI: 89,2 %, 95,3 %). Nach dem 6monatigen Follow-up betrug der prozentuale „In-stent“-Durchmesser der Stenose 33,8 % (95 %-KI: 28,9 %, 38,7 %). Während des Follow-up kam es zu 10 großen Blutungen (3,3 %) und 7 Gefäßkomplikationen (2,3 %). Diese Daten zeigen die annähernde Äquivalenz von BX Velocity™ und Palmaz-Schatz-Stent hinsichtlich des Auftretens von MACE und dem prozen-

tuellen „In stent“-Durchmesser der Stenose. Wenn der Signifikanzlevel bei 0,05 liegt, kann der BX Velocity™-Stent als dem Palmaz-Schatz-Stent überlegen angesehen werden.

Kommentar des Experten:

Die VENUS-Studie ist eine multizentrische, nicht randomisierte, prospektive Studie, bei welcher der Cordis BX Velocity Stent auf seine Effektivität geprüft wird. Es wird angegeben, daß De-novo- und Restenoseläsionen eingeschlossen wurden, wobei allerdings angemerkt werden muß, daß nur 4 % Restenoseläsionen inkludiert waren. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr günstig, wobei ein MACE nach 6 Monaten von nur 7,6 % angegeben wird.

Man muß grundsätzlich feststellen, daß die Studie nicht randomisiert und ein direkter Vergleich mit anderen Stents daher wohl kaum zulässig ist. Wenn man aber einen derartigen Vergleich versucht, dann sollte man nicht den Palmaz Schatz-Stent heranziehen, der ja nicht mehr in Gebrauch ist, sondern einen der modernen Stents. Trotz der sehr günstigen 6-Monats-Ergebnisse (wobei allerdings eine Follow-up Angiographie nur bei 74 % der Patienten vorliegt), kann eine endgültige Aussage im Vergleich mit anderen Stents nur durch eine entsprechende randomisierte Studie getroffen werden.

Sicher stellt der Stent jedoch eine Bereicherung des derzeitigen Stentsortiments dar.

Prof. Dr. P. Probst

CARVEDILOL ALS VASODILATIERENDER β -REZEPTOR-BLOCKER BEI PATIENTEN MIT HYPERTONIE UND PERIPHERER ARTERIELLER VERSCHLUSSKRANKHEIT – EINE PILOTSTUDIE

Bauriedel G, Skowasch D, Höfling B. *Herz/Kreisl* 2000; 32: 69–73.

Hintergrund

Etwa 40–50 % der Patienten mit kardialen Erkrankungen weisen auch periphere arterielle Durchblutungsstörungen auf. Nachdem β -Rezeptorblocker den systemischen Blutdruck senken, könnte bei Patienten mit pAVK eine weitere Abnahme des poststenotischen Blutflusses resultieren, mit der Folge einer aggravierten Claudicatio-Symptomatik. Auch die erhöhte kardiale Leistungsfähigkeit unter β -Rezeptorblockade macht die klinische Apparenz einer bereits vorbestehenden pAVK denkbar.

Studienziel

Pilotstudie zur Untersuchung der Sicherheit und Wirksamkeit von Carvedilol, einem Betablocker mit zusätzlicher Vasodilatation, bei Patienten mit Hypertonie und pAVK (anhand Blutdruck und Herzfrequenz sowie Gehstrecke und Bein/Arm-Dopplerindex).

Studiendesign

Offene, prospektive Studie über 4 Wochen.

Patienten und Methodik

11 Patienten (Durchschnittsalter 67,6 \pm 10,8 Jahre) mit neu diagnostizierter leichter bis mittelschwerer essentieller Hypertonie und seit durchschnittlich 6,3 Jahren bestehender pAVK der Fontaine-Stadien IIa und IIb wur-

den in die Studie aufgenommen. Nach der 3- bis 5tägigen Placebo-Phase erhielten die Patienten Carvedilol initial für zwei Tage in einer Dosis von 12,5 mg/d, dann über 4 Wochen in einer Dosierung von 25 bis 50 mg/d abhängig vom Blutdruck. Blutdruck und Herzfrequenz wurden jeweils aus 3 Einzelmessungen ermittelt und als Mittelwert \pm SD angegeben. Die pAVK-Diagnostik umfaßte die Ultraschall-Doppler-Druckmessung der Aa. brachialis, tibialis posterior und dorsalis pedis mit Errechnung des Bein/Arm-Dopplerindex, jeweils in Ruhe und nach maximaler Belastung/Erreichen der maximalen Gehstrecke am Laufband. Die maximale Gehstrecke bis zum Eintritt typischer Claudicatio wurde am Laufband unter standardisierten Bedingungen (3 km/h, Neigung 12,5 Grad) ermittelt. Eine Abnahme der Gehstrecke um mindestens 10 % des Ausgangswertes galt als Verschlechterung der Claudicatio.

Ergebnisse

Die Behandlung mit Carvedilol führte zu einer signifikanten Besserung so-

wohl der pAVK als auch der Blutdruckeinstellung. Nach 4 Therapiewochen sank der systolische Blutdruck von im Mittel 180 ± 17 mmHg auf 141 ± 18 mmHg, der diastolische Blutdruck von 100 ± 6 auf 83 ± 9 mmHg. Bei 7 der 11 Patienten normalisierte sich der Blutdruck vollständig. Die Herzfrequenz sank im Mittel von 75 ± 13 auf 63 ± 10 min^{-1} . Die Gehstrecke verlängerte sich um durchschnittlich 51 % von 82 ± 32 m auf 124 ± 51 m. Der Bein/Arm-Dopplerindex stieg in Ruhe von $0,55 \pm 0,21$ auf $0,79 \pm 0,23$; nach Belastung stieg er von $0,47 \pm 0,23$ auf $0,70 \pm 0,23$. In keinem Fall nahm die Gehstrecke ab. Bei 2 der 11 Patienten traten eine leichte Hypotension sowie eine mäßiggradige Dyspnoe auf, die jedoch nach Dosisreduktion reversibel waren.

Konklusion

Die vorliegende Pilotstudie an Patienten mit Hypertonie und pAVK der Fontaine-Stadien II legt nahe, daß Carvedilol eine wirksame und sichere Therapieoption darstellen könnte. Es ist jedoch zu beachten, daß die Re-

sultate dieser Pilotstudie keine Rückschlüsse für Patienten mit höhergradiger pAVK und beginnenden trophischen Störungen oder für Patienten mit Raynaud-Phänomen bzw. Vasospastik zulassen. Für klare Empfehlungen sind noch randomisierte, prospektive Doppelblindstudien an größeren Patientenzahlen notwendig.

Kommentar des Experten:

Es lag auf der Hand, daß Carvedilol, als Betablocker mit vasodilatatorischen Effekten sich zumindest nicht negativ bei Patienten mit pAVK auswirken dürfte. Diese Pilotuntersuchung – mehr ist es nicht – bestätigt die Vermutung; nun sollte dies wirklich ebenso wie die Thematik Carvedilol und Asthma bronchiale doppelblind prospektiv an einer repräsentativen Anzahl von Patienten studiert werden.

B. Eber, Wels

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](#)