

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufferkrankungen

## Für Sie gelesen

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology 2003; 10*

*(5), 232-233*

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://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

## **Effects of Valsartan on Morbidity and Mortality in Patients With Heart Failure Not Receiving Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors**

**Maggioni AP et al. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 1414–21.**

### **Einleitung und Methode**

In der internationalen, randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie „Valsartan Heart Failure Trial (Val-HeFT)“ wurde bei 5010 Patienten mit Herzinsuffizienz (HF) der Angiotensin II-Rezeptor-Blocker Valsartan oder Placebo zusätzlich zu einer Standardtherapie verabreicht.

Die beiden primären Endpunkte der Val-HeFT-Studie waren Gesamtmortalität sowie die Kombination aus Gesamtmortalität und -morbidity (plötzlicher Tod mit Wiederbelebung, Krankenhauseinweisung aufgrund von HF, intravenöse Behandlung mit inotropen Medikamenten oder Vasodilatoren über  $\geq 4$  Stunden ohne Spitalseinweisung). Der Effekt von Valsartan auf die primären und sekundären Endpunkte wurde in einer Untergruppe von 366 Patienten (7,3 %), die eine Basistherapie ohne ACE-Hemmer erhielten, ausgewertet. ACE-Hemmer, die bei HF-Patienten Mortalität und Morbidity reduzieren, vertragen ca. 20 % der Patienten nicht.

### **Ergebnisse**

Beide primären Endpunkte wurden in der Valsartan-Gruppe im Vergleich zu Placebo signifikant reduziert: Mortalität  $-33\%$  ( $p = 0,017$ ) und kombinierter Endpunkt aus Mortalität und Morbidity  $-44\%$  ( $p < 0,001$ ). In Übereinstimmung mit den klinischen Daten zeigten die Patienten unter Valsartan Verbesserungen von Auswurfraction, Linksventrikeldurchmesser in der Diastole und neurohormonalen Plasmaspiegeln. Die Anzahl der Studienabbrüche aufgrund von unerwünschten Wirkungen war in beiden Gruppen vergleichbar.

### **Schlußfolgerung**

Val-HeFT lieferte die ersten placebokontrollierten Daten, die den positiven Effekt eines Angiotensin-Rezeptor-Blockers auf Mortalität und Morbidity bei Herzinsuffizienzpatienten, die nicht mit einem ACE-Hemmer behandelt wurden, demonstrieren.

## **Kommentar des Experten**

Mit dieser Subanalyse der Val-HeFT-Studie wurde zum ersten Mal ein Mortalitätsbenefit mit AT1-Rezeptor-Blockade im Vergleich zu Placebo bei Patienten ohne ACE-I-Vorbehandlung nachgewiesen. Dieses Ergebnis wurde bisher nur aufgrund indirekter Hinweise aus anderen großen Studien suszipiert. So zeigt z. B. die ELITE-II-Studie ein neutrales Mortalitätsergebnis im Vergleich ACE-I vs AT1-Blockade. Daher empfehlen die europäischen Richtlinien die Verschreibung einer AT1-Rezeptor-Blockade bei nachgewiesener ACE-I-Unverträglichkeit. Unserer Meinung nach ist diese retrospektive Analyse ein weiterer Hinweis für die Richtigkeit dieser Empfehlungen. Eine Evidenz dieser Aussage kann jedoch weder durch eine retrospektive Subanalyse noch durch indirekte Hinweise abgeleitet werden. Diesbezüglich müssen die Ergebnisse der CHARM-Studie, die prospektiv diese Frage untersucht, abgewartet werden.

Die Aussage der vorliegenden Studie muß grundsätzlich unter folgenden Aspekten interpretiert werden: Die Patienten waren zwar randomisiert, die Analyse erfolgte aber retrospektiv. Die Patientenzahl ist, gemessen an den gegenwärtig üblichen prospektiven Mortalitätsstudien bei Herzinsuffizienz, welche mehr als 1000 Patienten rekrutieren, gering. Demgegenüber steht die Tatsache, daß bei all den genannten Limitationen doch eine Mortalitätsdifferenz zugunsten von Valsartan nachweisbar ist. Dies ist unserer Meinung nach vor allem auf das fortgeschrittenere Krankheitsstadium der Subgruppe zurückzuführen. Somit ist dieses Studienergebnis ein wertvoller Hinweis für den Einsatz von Valsartan bei nachgewiesener ACE-I-Unverträglichkeit bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz.

Eine weitere offene Frage ist die Inzidenz der ACE-I-Unverträglichkeit, welche laut eines großen Registers in 8 Ländern bei einem großen Patientenkollektiv bei etwa 20 % liegen soll. Der Vorteil eines Registers im Vergleich zu einer prospektiven Studie ist die Dokumentation der klinischen Alltagspraxis ohne den Nachteil einer Patientenvorselektion. Der Nachteil dieser Dokumentationsform liegt jedoch in der mangelnden Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Initiierung und Titration einer ACE-I-Therapie (z. B. geringe klinische Erfahrung, logistische und organisatorische Zeitprobleme, mangelnde Patientenschulung etc.).

**Zusammenfassung:** Diese Subanalyse der Val-HeFT-Studie unterstreicht die Wichtigkeit einer AT1-Rezeptor-Blockade mit Valsartan bei herzinsuffizienten Patienten mit nachgewiesener ACE-I-Unverträglichkeit. Der notwendige Einsatz dieses „Therapieersatzes“ bei 20 % aller herzinsuffizienten Patienten scheint aufgrund unserer eigenen klinischen Erfahrung überhöht. Diese Frage wird nach Abschluß der CHARM-Studie objektiv beantwortet werden können.

R. Pacher, Wien

## **Improved Survival and Reduced Bleeding with Low-Molecular-Weight Heparin Across All ACS Subsets: Findings From the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)**

**Klein W et al., for the GRACE investigators. ACC 2002, Atlanta.**

### **Einleitung und Methodik**

Es wurden bis heute keine systematischen klinischen Studien an Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) durchgeführt, die die Sicherheit und Wirksamkeit von unfractioniertem Heparin (UFH) mit niedermolekularem Heparin (NMH) vergleichen. Im Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) wurde die Sicherheit und Wirksamkeit von UFH und NMH in 95 Zentren in 14 Ländern in Europa, Nord- und Südamerika, Australien und Neuseeland untersucht. Die Anwendung von UFH und NMH wurde an 10.156 Patienten untersucht, wobei die demographischen Daten der Patienten, die verschiedenen Behandlungsprozeduren, die Dauer der Hospitalisierung, die Ausstattung der Spitäler (PCI möglich oder nicht) sowie Wirksamkeit und Sicherheitsdaten ausgewertet wurden.

### **Ergebnisse und Schlußfolgerungen**

Patienten, die mit UFH behandelt werden, sind jünger ( $< 60$  Jahre), Raucher, erhalten zusätzlich Thrombolytika, Betablocker und ACE-Hemmer, werden meist in Spitälern mit Katheterlabor behandelt und öfter einer invasiven Behandlung unterzogen als Patienten mit NMH. NMH werden seltener in den USA als in Argentinien, Brasilien, Australien, Neuseeland, Kanada und Europa angewendet und seltener in Zentren mit Herzkatheterlabor. Die Behandlungsdauer

mit NMH betrug bei mehr als 90 % der Patienten über 24 Stunden. Die mit NMH behandelten Patienten wiesen eine signifikant geringere Spitalsmortalität, Blutungs- und Schlaganfallrate auf, als mit UFH behandelte. Verglichen mit UFH reduzierte die Gabe von NMH die Mortalität und Blutungsraten der gesamten ACS-Patienten um 42 % bzw. 43 %, was auch in den Subgruppen ST-Hebungsinfarkt und Non-ST-Hebungsinfarkt/instabile Angina zu beobachten war. Diese Ergebnisse zeigen, daß bei Verwendung von

NMH die Mortalität, die Schlaganfall- und Blutungsraten signifikant gesenkt werden können. Dabei erhielten 84,4 % der mit NMH behandelten Patienten Enoxaparin.

### **Kommentar des Experten**

Das GRACE-Registry zeigt in eindrucksvoller Weise, daß bei Patienten mit akuten Koronarsyndromen niedermolekulare Heparine dem Standard-Heparin (unfraktioniertes Heparin, UFH) vorgezogen werden sollten. Die

weitaus meisten Erfahrungen, die sich auch in den signifikant besseren klinischen „Outcomes“ gegenüber UFH nachweisen ließen, gibt es mit der Substanz Enoxaparin. Das war auch ausschlaggebend für den Einsatz von Enoxaparin in den meisten prospektiven internationalen Studien.

Derzeit wird in prospektiven Studien untersucht, ob niedermolekulare Heparine auch im Herzkatheter und als Adjuvans zur Thrombolysetherapie UFH überlegen sind.

*K. Huber, Wien*

# 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](#)