

Pulmonale arterielle Hypertonie

Studie sieht initiale Kombinationstherapie im Vorteil

Bei pulmonaler Hypertonie geht der Trend zur Kombinationstherapie: In einer aktuellen Studie war Ambrisentan/Tadalafil den Monotherapien als Starttherapie signifikant überlegen.

In der Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) greifen die derzeitigen medikamentösen Therapien an drei intrazellulären Signalwegen an, die bei PAH gestört sind: Am Prostazyklin, am Stickstoffmonoxid, und am Endothelin. Keines der verfügbaren Medikamente hilft jedoch allen Patienten.

Vor diesem Hintergrund versucht man Kombinationstherapien, bisher jedoch in Form von Sequentialbehandlungen. In der AMBITION-Studie wurde nun bei Therapie-naiven Patienten der Wert einer initialen Kombination des oralen Endothelin-Rezeptor-A-Antagonisten Ambrisentan (10 mg/d) und des Phosphodiesterase Typ-5-Inhibitors Tadalafil (40 mg/d) untersucht.

In der Doppelblindstudie wurden 500 Patienten im 2:1:1-Verhältnis zwischen der Kombination und den Monotherapien randomisiert. Als primärer Endpunkt wurde klinisches Versagen als

kombinierter Endpunkt definiert, bestehend aus Tod, Krankenhausbehandlung wegen sich verschlechternder PAH, Krankheitsprogression oder nicht zufriedenstellendem Langzeiterfolg.

Einen solchen Endpunkt erlitten 18% der Patienten in der Kombinationsgruppe und 34% (Ambrisentan) bzw. 28% (Tadalafil) in den Monotherapiegruppen, ein signifikanter Vorteil. Auch die Belastbarkeit war in der Kombinationsgruppe besser, der 6-Minuten-Gehtest zeigte eine Verbesserung von 50 vs. 24 Meter. Periphere Ödeme, Kopfschmerzen, verstopfte Nase und Anämie traten in der Kombinationsgruppe häufiger auf.

▼ WFR

Quelle: M Galiè, et al.; Initial Use of Ambrisentan plus Tadalafil in Pulmonary Arterial Hypertension. N Engl J Med 2015; 373: 834-441

Nach DES-Implantation

Wie lange duale Thrombozytenhemmung?

Kürzer oder länger dual die Plättchenaggregation unterbinden ist eine häufige klinische Fragestellung. Eine Meta-Analyse spricht eher gegen die längere Therapie.

In jüngster Zeit hatten einige Studien Vorteile für eine längere Gabe von zwei komplementären Hemmern der Thrombozyten-Aggregation nach Implantation eines drug-eluting Koronarstents (DES) berichtet. Die Leitlinien empfehlen eine Behandlungsdauer von 6–12 Monaten.

Vor diesem Hintergrund haben Autoren die Literatur gesichtet und neun Studien mit knapp 30 000 Patienten gefunden, bei denen eine längere versus eine kürzere Gabe von zwei Plättchenhemmern nach DES-Platzierung verglichen wurde. Sie berichten, dass mittelhohe Evidenz dafür spricht, dass die längere duale Aggregationshemmung zwar das Herzinfarkt-Risiko reduziert (um 27%), aber die Sterblichkeit erhöht (um 19%). Sicher ist, dass das Risiko für schwere Blutungen ansteigt (um 63%).

Unter dem Strich schlagen pro Tausend Patienten 8 Herzinfarkte weniger, aber 6 zusätzliche schwere Blutungen zu Buche. Die Entscheidung für eine längere Gabe von zwei Aggregationshemmern sollte demnach individuell erfolgen.

▼ WFR

Quelle: F.A. Spencer, et al.; Longer- Versus Shorter-Duration Dual Antiplatelet Therapy After Drug-Eluting Stent Placement. Ann Intern Med 2015 ; 163 : 118-126

Reanimationsneugigkeiten vom ESC-Congress 2015 in London

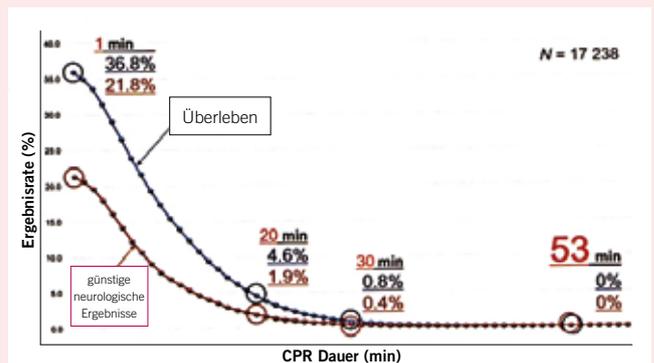
Fast 60 von 100 000 Patienten/Jahr erleiden einen Herzkreislaufstillstand ausserhalb einer Klinik. Davon überlebt einer von 10 Patienten.

In einer dänischen Studie mit 3992 Patienten mit einem Herzkreislaufstillstand (HKS) ausserhalb einer Klinik in den Jahren 2002-2011 überlebten 32% (1285 Patienten). 3% wurden mit refraktärem HKS in die Klinik gebracht. Davon überlebten rund 50%. 1/3 hatte einen akuten Infarkt. Es lohnt sich also Patienten mit refraktärem HKS unter laufender Reanimation in die Klinik zu nehmen. Das Überleben ist höher als erwartet.

Das Risiko einer cerebralen Schädigung war 30% tiefer bei einer sofortigen CPR durch anwesende Personen (bystanders CPR).

In einer grossen japanischen Studie mit über 17 000 Patienten konnte in den Jahren 2011 und 2012 gezeigt werden, dass eine Reanimation mind. 35 Minuten durchgeführt werden sollte. Nach dieser Zeitspanne besteht praktisch kein Überleben mehr.

▼ Dr. med. Urs Dürst, Zollikon



Quelle: EHJ 2016; Vol. 37 (2): 127-129