



Ausdauersport: Rechtsherzbelastung nicht unterschätzen

Extremer Ausdauersport kann langfristig zu chronischen strukturellen Veränderungen und funktioneller Beeinträchtigung des rechten Ventrikels führen, warnt eine australisch-belgische Autorengruppe (A. La Gerche et al.). Sie hatte 40 gut trainierte Ausdauerathleten vor dem Training, unmittelbar nach einem Langstreckenlauf über 3–11 Stunden sowie eine Woche später untersucht. Nach dem Rennen hatten das Volumen des rechten Ventrikels zu- und die rechtsventrikuläre Ejektionsfraktion (RVEF) in Abhängigkeit von der Dauer des Rennens abgenommen. Parallel dazu stiegen das kardiale Troponin I und das BNP an. Nach einer Woche hatte sich die Rechtsherzfunktion weitgehend erholt. Bei den fünf Athleten mit der höchsten summierten Ausdauerbelastung jedoch zeigte die Kernspintomographie im interventrikulären Septum lokalisierte fibrotische Veränderungen, die mit einer erniedrigten RVEF einhergingen. Die langfristige klinische Bedeutung dieser Befunde sollte, so die Autoren, weiter untersucht werden.

Quelle: Eur Heart J online 6. Dez. 2011; doi: 10.1093/euroheartj/ehr397

Nichtkardialer Brustschmerz ist nicht immer harmlos

Patienten, die mit Brustschmerz ins Krankenhaus aufgenommen und ohne kardialen Befund entlassen werden, sind nicht immer aus dem Schneider. Bei einer an der Universität Glasgow durchgeführten Analyse der Daten von annähernd 160'000 Patienten aus den Jahren 1991 und 2006 (M. Gillies et al.) betrug die Einjahresmortalität in solchen Fällen immerhin etwa vier Prozent. Ein Viertel der Todesfälle war kardial bedingt, was auf eine nicht unerhebliche Zahl falsch negativer Diagnosen hindeutet.

Besonders hoch war die Rate bei Patienten mit psychiatrischer Vorgeschichte. Laut Gillies sind die Hospitalaufnahmen mit Myokardinfarkt rückläufig, während die Zahl der mit nichtkardialen Brustschmerz eingelieferten Patienten dramatisch ansteigt. Oft wird die Ursache nie identifiziert und keine klare Diagnose gestellt, während eine umfassende Abklärung des kardiovaskulären Risikos dringend geboten wäre.

Quelle: Eur Heart J. 2011; doi_10.1093/eurheartj/ehr401

Statine langfristig wirksam und sicher

Statine senken erhöhte LDL-Cholesterinwerte ebenso wie die vaskuläre Morbidität und Mortalität rasch – aber wie sicher und wirksam sind sie auf lange Sicht? Nach einer Beobachtungszeit von nunmehr insgesamt 11 Jahren fällt die Bilanz für Simvastatin positiv aus. Im Rahmen der prospektiven randomisierten Heart Protection Study wurden insgesamt 20'536 Hochrisikopatienten im Mittel 5,4 Jahre lang mit 40 mg Simvastatin/Tag oder Placebo behandelt. In der Verumgruppe sank das LDL-Cholesterin um durchschnittlich 1 mmol/l, die vaskuläre Ereignisrate um 23%. Während der sechsjährigen Nachbeobachtungszeit kam es zu keinen wesentlichen weiteren Veränderungen. Unterschiede zwischen Verum- und Placebogruppe gab es weder in Bezug auf die Karzinominzidenz noch hinsichtlich der Sterblichkeit durch Karzinome oder aus nichtvaskulären Ursachen. Die Vorteile der Behandlung blieben also nach deren Abschluss mindestens fünf Jahre lang erhalten.

Quelle: The Lancet online 2011, doi:10.1016/S0140-6736(11)61590-0

Vaskuläre Risikofaktoren beschleunigen auch den geistigen Abbau

Sieben Jahre nach dem Rückzug des selektiven Cyclooxygenase(COX)-Hemmers Rofecoxib vom internationalen Markt hat eine landesweite schwedische Kohortenstudie die aktuell verfügbaren COX-2-Hemmer Celecoxib und Etoricoxib weitgehend rehabilitiert. Auswertung der Registerdaten von sieben Millionen Menschen über dreieinhalb Jahr ergab keine Anhaltspunkte für Zusammenhänge zwischen diesen Medikamenten und einem erhöhten Risiko für Myokardinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder Herzversagen. Offenbar haben die in den letzten Jahren beachteten Vorsichtsmaßnahmen bei der Verordnung die Gefahr gebannt, so die Autoren (Magnus Bäck et al.). Leicht erhöht war unter Etoricoxib allerdings die Inzidenz von Vorhofflimmern, ein auch von klassischen NSAR bekannter Effekt. Celecoxib blieb dagegen unauffällig.

Quelle: Eur Heart J (2011) doi: 10.1093/eurheartj/ehr421

Kardiale Stammzellen gegen Linksherzinsuffizienz: Erste Ergebnisse ermutigend

Durch die intrakoronare Infusion autologer kardialer Stammzellen haben US-amerikanische Wissenschaftler (P. Anversa et al., Boston) in einer randomisierten Phase 1-Studie versucht, schwere ischämische Herzinsuffizienz nach Herzinfarkt günstig zu beeinflussen. Bei 14 von 16 Patienten konnten sie nach vier Monaten eine deutlich verbesserte linksventrikuläre Auswurffraktion registrieren. Die Infarktgrösse verkleinerte sich um 24%. Ein Jahr später hatten sich die Werte weiter verbessert. Angesichts der ermutigenden ersten Ergebnisse erscheint eine grössere Phase 2-Studie nach Ansicht der Autoren gerechtfertigt.

Quelle: The Lancet online 14. Nov.2011; doi: 10.1016/S0140-6736(11)61590-0

Rezidive tiefer Venenthrombosen: Verhütung durch ASS sicher und preiswert

Niedrig dosierte Acetylsalicylsäure (ASS) reduzierte bei einer italienischen Studie (C. Becattini et al.) Rezidive tiefer Venenthrombosen (TVT) um die Hälfte. Ein erhöhtes Blutungsrisiko wurde nicht beobachtet. Nach der Absetzung von Heparin hatten Patienten mit einer ersten idiopathischen tiefen Venenthrombose zunächst sechs bis achtzehn Monate lang Warfarin erhalten, danach randomisiert entweder 100 mg ASS pro Tag oder Placebo. Im Laufe der zweijährigen Beobachtungszeit traten unter der ASS-Prophylaxe bei 205 Patienten 28 TVT-Rezidive und unter Placebo bei 197 Patienten 43 Rezidive auf. Die Blutungsraten waren in beiden Gruppen identisch, ebenso die Sterberaten. Den Autoren zufolge spricht das Ergebnis der Studie für ASS als attraktives, preiswertes Mittel zur verlängerten TVT-Rezidivprophylaxe nach Absetzung der aufwendigen und riskanteren oralen Antikoagulation.

Quelle: Am Soc. Hematol 2011 Annual Meeting, San Diego, Abstract 543

Schlaganfall: Behandlung von Prähypertonie senkt das Risiko deutlich

Durch Behandlung einer Prähypertonie (120–139/80–89 mmHg) lässt sich das Schlaganfallrisiko deutlich senken, wie eine aktuelle Metaanalyse von 16 randomisierten und kontrollierten Studien belegte (I. Sipahi et al.). Acht der Studien untersuchten den Effekt von ACE-Hemmern, in vier Studien kamen Angiotensin II-Antagonisten, in den übrigen vier Kalziumantagonisten allein oder in Kombination mit ACE-Hemmern zum Einsatz. Unter der Therapie sank die Schlaganfallinzidenz im Vergleich zu den mit Placebo behandelten Kontrollgruppen um 22%. Auch bei Ausschluss jeweils einer der Studien blieb die Risikosenkung im Gesamtkollektiv unabhängig von der Blutdruckhöhe und von der Vorgeschichte der Probanden statistisch signifikant. Blutdrucksenkende Medikamente sollten nach Ansicht der Autoren allerdings Risikofällen vorbehalten bleiben, ansonsten sind nichtmedikamentöse Massnahmen vorzuziehen.

Quelle: Stroke online 8. Dez. 2011

KHK: Kalkscore kein verlässlicher Prädiktor

Fällt bei Patienten mit Koronarsymptomatik die Koronarkalkbestimmung negativ aus, so ist das nicht unbedingt ein Grund zur Entwarnung. Einer grossen prospektiven Registerstudie zufolge (T. C. Villines et al.) kann trotzdem eine relevante Koronarerkrankung vorliegen. Jeder zweite der mehr als 10'000 untersuchten symptomatischen Patienten ohne bekannte koronare Herzkrankheit (KHK) wies kalkfreie Koronararterien auf. Dennoch zeigte die computertomographische Koronarangiographie (CCTA) in 13% der Fälle eine nicht-obstruktive KHK an und in 3,5 Prozent eine mehr als 50%ige Stenose der Koronararterie. In den folgenden zwei Beobachtungsjahren waren in dieser Gruppe Tod, Myokardinfarkt oder Revaskularisierung signifikant häufiger als bei den Patienten ohne manifeste Stenosen. Neben der CCTA bietet die Koronarkalkmessung demnach keine zusätzlichen prognostisch aussagekräftigen Informationen.

Quelle: J Am Coll Cardiol 2011; 58:2533-2540



Herzinfarkt: Je mehr Risikofaktoren, desto seltener tödlich

Kommt ein Patient ohne bekannte kardiovaskuläre Risikofaktoren mit akutem Herzinfarkt ins Krankenhaus, ist sein Sterberisiko grösser als bei Leidensgefährten mit einschlägiger Vorgeschichte. Das geht aus einer US-amerikanischen Registerstudie aus den Jahren 1994 bis 2006 hervor, die Daten von mehr als 500'000 Patienten mit erstem Myokardinfarkt auswertete (J. G. Canto et al.). Die Gefahr, noch in der Klinik dem Infarkt zu erliegen, war umso grösser, je weniger Risikofaktoren wie Hypertonie, Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und positive Familienanamnese vorgelegen hatten. Die Krankenhausletalität betrug bei Patienten ohne Risikofaktoren 15%, bei einem Risikofaktor 11 Prozent, bei zwei Risikofaktoren 9%, bei drei 5,3%, bei vier 4,2% und bei fünf Risikofaktoren 3,6%. 85,6% der Patienten hatten mindestens einen – je jünger sie waren, desto mehr. Tödlich verlief der Infarkt vor allem bei älteren Menschen ohne Risikofaktoren.

Quelle: JAMA 2011; 306 (19):9120-2127