

Internistische Patienten

Thrombose-Prophylaxe hat geringen bis gar keinen Nutzen



Die Thromboembolie-Prophylaxe bei internistischen Patienten bleibt problematisch: Eine Metaanalyse fand nun eine gewisse Risikoreduktion für Lungenembolien. Der Preis war mehr schwere Blutungen.

Die Thromboseprophylaxe ist bei chirurgischen Patienten gut etabliert. Bei internistischen Patienten ist die Datenlage weniger klar.

In ihre Metaanalyse bezogen die Autoren randomisierte Studien ein, die verschiedene Methoden der Thrombose-Prophylaxe bei Patienten mit inneren Erkrankungen oder mit akutem Schlaganfall untersuchten.

Erhöhtes Blutungsrisiko

Wie sich zeigte, hatte eine Heparin-Behandlung bei internistischen Patienten keinen Einfluss auf die Sterblichkeit, reduzierte aber das Risiko für Lungenembolien (um 31%). Auf der anderen Seite stieg das Risiko für Blutungen um 34%. Bei Schlaganfall-Patienten hatte eine Heparin-Prophylaxe keine positiven Wirkungen, erhöhte aber das Blutungsrisiko um 66%.

Bei gemeinsamer Betrachtung der Studien mit internistischen und mit Schlaganfall-Patienten (18 Studien, 36'000 Patienten) zeigte sich folgendes Bild: Pro 1000 Behandlungen verhinderte Heparin drei Lungenembolien zum Preis von neun Blutungen, von denen vier als schwerwiegend eingestuft wurden. Allerdings wurden 6 Todesfälle pro 1000 Patientenjahre verhindert, was am Rande der Signifikanz war ($p = 0,056$).

Stützstrümpfe wirkungslos

Die 14 Studien zum Vergleich von niedermolekularem mit unfractioniertem Heparin fanden keinen Unterschied. Mechanische Methoden wie Venenstrümpfe waren bei Schlaganfall-Patienten wirkungslos, führten aber bei 39 pro 1000 Patienten zu Hautschäden.

▼ WFR

Quelle: F.A. Lederle, D. Zylla, et al.; Venous Thromboembolism Prophylaxis in Hospitalized Medical Patients and those with Stroke: A Background Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* 2011; 155: 602-615

Herzinsuffizienz

Ist die Wirkung der AT1-Blocker ein Klasseneffekt?

Bei Patienten mit Herzinsuffizienz haben Patienten unter Losartan keine schlechtere Prognose als solche unter Candesartan, wenn äquivalente Dosierungen verglichen werden.

Angiotensin-2-Rezeptor-Blocker werden in der Therapie der Herzschwäche empfohlen, wenn ACE-Hemmer nicht toleriert werden. Sowohl Candesartan als auch Valsartan haben sich in grossen prospektiven Studien als wirksam erwiesen, in dieser Indikation die Morbidität und Mortalität im Vergleich zu Placebo zu reduzieren. Losartan war in der ELITE-2-Studie dem Captopril bei Herzschwäche ebenbürtig. In jüngeren Beobachtungs- und Kohorten-Studien zeigte sich jedoch ein Trend zu einer erhöhten Sterblichkeit unter Losartan im Vergleich zu anderen AT-1-Blockern, insbesondere gegenüber Candesartan.

Diesem Verdacht sind dänische Autoren in einer nationalen Registerstudie nachgegangen. Sie untersuchten alle Patienten, die zwischen 1998 und 2008 erstmals wegen Herzschwäche stationär behandelt wurden, daraufhin, ob sie Losartan oder Candesartan eingenommen hatten.

Unter 4397 Patienten, die Losartan einnahmen, kam es zu 1212 Todesfällen in 11347 Patientenjahren. Dies entspricht einer Inzidenz-Rate von 10,7 pro 100 Jahren.

Von den 2082 Patienten, die Candesartan einnahmen, starben 330 während 3675 Patientenjahren. Dies entspricht einer Inzidenz-Rate von 9,0 pro 100 Jahren.

Dieser Unterschied ist nicht signifikant. In der Gesamtgruppe erhöhte Losartan weder die Gesamtmortalität noch die kardiovaskuläre Mortalität. Subgruppenanalysen zeigten jedoch, dass niedrige Dosierungen von Losartan (12,5 mg/d oder 50 mg/d) gegenüber hohen Candesartan-Dosierungen (16-32 mg/d) mit einer schlechteren Prognose einhergingen. Dies traf aber nicht zu für die 100 mg/d-Dosierung von Losartan.

▼ WFR

Quelle: H. Svanström, B. Pasternak, A. Hviid: Association of Treatment with Losartan vs Candesartan and Mortality among Patients with Heart Failure. *JAMA* 2012; 307 (14): 1506-12

Mediterrane Diät

Lebenserwartung verlängern

1986 startete in Holland eine Untersuchung, die 120'850 Personen von beiden Geschlechtern im Alter zwischen 55 und 69 Jahren umfasste. Da es bei einer solchen Kohorte besonders wichtig war, die Dinge möglichst einfach zu halten, wurden nur 4 Faktoren, jeder einen Punkt Wert, berücksichtigt: eine Mediterrane Kost einnehmen, nicht rauchen, Sport treiben und ein konstantes Gewicht halten.

Die Mediterrane Kost ist gut bekannt, viel Fisch essen, Olivenöl konsumieren, Gemüse und Früchte, mässig Alkohol.

Beim Sport war alles toleriert, solange regelmässig praktiziert. Die Kontrolle eines stabilen Körpergewichtes wurde an Hand des BMI durchgeführt.

Diejenigen Probanden, die nach diesen Kriterien lebten, erhielten 4 von 4 Punkten. Umgekehrt, diejenigen, die irgendwie assen, rauchten (sogar nur wenig), körperlich kaum aktiv waren und ihr Körpergewicht nicht halten konnten bekamen 0 Punkte.

Alle Probanden wurden während 10 Jahren „betreut“ und es kam in dieser Zeit zu 9691 Todesfällen.

Mit diesen Daten und komplexen statistischen Berechnungen konnte überzeugend dargestellt werden, dass Frauen mit der Benotung 4/4 im Durchschnitt eine Lebenserwartung um 15 Jahre länger als diejenigen mit 0/4 hatten. Bei der gleichen Situation bei den Männern war die Differenz etwas geringer, aber immerhin noch um 8,4 Jahre.

Es wurde auch noch versucht, die Einflüsse der einzelnen gewählten Kriterien zu werten, und die Erkenntnisse waren eher

überraschend: das Übergewicht spielte nicht die sonst meist behauptete Hauptrolle. Auf die Länge war es sogar das schwächste Element. In anderen Worten, sich korrekt ernähren, nicht rauchen und sich bewegen auch bei Übergewicht verlängert die Lebenserwartung signifikant!

10 Jahre länger leben

Diese niederländische Studie ist in vielen Bereichen faszinierend. Es ist nicht banal, eine Studie über 10 Jahre mit über 100'000 Menschen zum Ziel zu bringen. Dann die Einfachheit der gewählten Kriterien – bestimmt unabdingbar bei einer solchen grossen Untersuchung- und schlussendlich, die recht unkonventionelle Schlussfolgerung: anders als in vielen identisch gerichteten Studien spielt nicht das Übergewicht die zentrale pathogene lebensverkürzende Rolle. Auch andere „Lifestyle“-Faktoren sind scheinbar mehr als relevant! Und schlussendlich staunt man über diese starke Wirkung von Lebensverhaltensmustern – 10 Jahre Lebenserwartungsverlängerung ist viel – weiss man doch um das schwere Gewicht der genetischen Komponente, besonders bei den kardiovaskulären lebensverkürzenden Erkrankungen. Die Antwort zu dieser Frage ist wahrscheinlich in der Epigenetik zu suchen: immerhin kennt man bereits 500 Gene, die ihren Ausdruck über den Lebensstil anpassen können.

▼ Dr. med. Peter Jenoure, Gravesano

Quelle: Van den Brandt: «the impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and woman»; American J. of Clinical Nutrition 2011; 94: 913-20



Typ 2-Diabetes

Intensives Lifestyle-Management erhält Mobilität

Mit intensiven Lebensstiländerungen, die auf Gewichtsreduktion und Erhöhung der körperlichen Fitness abzielen, lässt sich dem Mobilitätsverlust von älteren Typ 2-Diabetikern effektiv vorbeugen.

Der Typ 2-Diabetes entwickelt sich zu einem zunehmenden geriatrischen Problem, weil die Anzahl betagter Patienten rasant ansteigt. Neben den kardiovaskulären und den mikrovaskulären Komplikationen spielen hier auch Funktionseinschränkungen und Mobilitätsverlust eine entscheidende Rolle bei der Lebensqualität dieser Patienten.

Ob ein intensives Lebensstil-Management-Programm, welches Gewichtsreduktion und Erhöhung der Fitness zum Ziel hat, die Mobilität und Selbstständigkeit dieser Patienten zu erhalten

vermag, wurde in einer grossen Interventionsstudie mit über 5000 übergewichtigen Patienten untersucht. Als Kontrollen dienten Diabetiker, welche eine Standardbehandlung erhielten.

Wie sich zeigte, konnte das Interventionsprogramm im Laufe von vier Jahren das Risiko eines Mobilitätsverlustes um 48% senken. Dazu trugen sowohl der Gewichtsverlust als auch eine erhöhte Fitness entscheidend bei. Schwer behindert waren 20,6% und 26,2% der Patienten in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe. Voll mobil waren 38,5% bzw. 31,9% der Patienten.

▼ WFR

Quelle: W.J. Rejenski, E.H. Ip, et al.; Lifestyle Change and Mobility in Obese Adults with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2012; 366: 1209-1217