WISSEN AKTUELL

Kurz und knapp vom ESC-Kongress 2015, London

Was gibt es Neues in der Kardiologie?

Die Tagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), die in diesem Jahr in London (29.8.-2.9.2015) stattfand, bietet alljährlich ein Forum, auf dem neueste wissenschaftliche Studienergebnisse vorgetragen und diskutiert werden. Nicht alle diese Studien liefern das erhoffte Ergebnis, manche sind sogar sehr enttäuschend. Dabei zeigt sich, dass die Spielräume für weitere Verbesserungen immer kleiner werden. Aber zu erfahren, was nicht wirkt, ist ebenfalls ein Zugewinn an Wissen und somit auch ein Fortschritt.

Lässt sich die Erfolgsrate der Katheterablation bei Vorhofflimmern verbessern?

Die Pulmonalvenenisolation ist heute eine etablierte Behandlungsstrategie für Patienten mit symptomatischem Vorhofflimmern. Durch die erste Intervention wird jedoch nur in ca. 60–70% der Fälle das Therapieziel erreicht, d.h. ca. ein Drittel der Betroffenen benötigt eine zweite Katheterablation. Dauerhaft werden beim paroxysmalen Vorhofflimmern über 90% von der Rhythmusstörung geheilt, beim langjährig persistierenden Vorhofflimmern sind es dagegen nur ca. 60%. Somit besteht durchaus Bedarf für eine Optimierung der Behandlungsstrategie.

Adenosin ist eine Substanz, die in der Lage ist, noch bestehende, aber verborgene elektrische Verbindungen zwischen Pulmonalvenen und linkem Vorhof nach einer Pulmonalvenenisolation zu demaskieren. Im Rahmen einer Studie (UNDER-ATP-Studie) wurde bei 2.113 Patienten untersucht, ob eine Adenosin –guided-Pulmonalvenenablation die Erfolgsrate des Eingriffs erhöhen kann. Doch die Hoffnungen wurden enttäuscht, d.h. die Erfolgsrate war mit und ohne Adenosin gleich (68.7% mit Adenosin vs. 67.1% ohne Adenosin nach einem Jahr).

Ebenso enttäuschend sind die Ergebnisse der EAST-AF-Studie. Im Rahmen dieser Studie wurde bei 2.044 Patienten untersucht, ob die 90-tägige Gabe eines Antiarrhythmikums nach der Pulmonalvenenisolation die Erfolgsrate langfristig verbessern kann. Dabei wurden randomisiert verschiedene Antiarrhythmika eingesetzt, vor allem Flecainid, Propafenon und Amiodaron. Solange das Antiarrhythmikum gegeben wurde, traten seltener Vorhofflimmernrezidive auf. Doch nach einem Jahr war kein Unterschied mehr nachweisbar, d.h. rezidivfrei blieben 69.5% in der Antiarrhythmika-Gruppe und 67.8% in der Kontroll-Gruppe.

Bei lange bestehendem persistierendem Vorhofflimmern sind die Ablationsergebnisse besonders schlecht. Werden jedoch bei solchen Patienten nicht nur die Pulmonalvenen isoliert, sondern zusätzlich das Vorhofohr isoliert, so kann mit einem solchen erweiterten Eingriff die Erfolgsrate nach einem Jahr von 28% auf 56% gesteigert werden (BELIEF-Studie).

Lässt sich die Prognose des Herzinfarktes verbessern?

Trotz grosser Fortschritte bleibt der Myokardinfarkt ein Krankheitsbild mit ernster Prognose. Dazu kommt, dass für das aktuelle Überleben oft der Preis einer sich später entwickelnden Herzinsuffizienz gezahlt werden muss. Die möglichst rasche Reperfusion der verschlossenen Koronararterie mittels PCI ist das vorrangige Ziel bei der Therapie des STEMI. Doch die Reperfusion führt auch zu einer myokardialen Schädigung, was sich gelegentlich in vital bedrohlichen ventrikulären Rhythmusstörungen zeigt. Experimentelle und erste klinische Untersuchungen hatten die Hoffnung geweckt, dass Cyclosporin dieser Reperfusionsschädigung entgegen wirken kann. Doch in einer klinischen Studie (CIRCUS-Studie) bei 791 STEMI-Patienten konnte mit dieser Substanz keiner der Endpunkte (Gesamtmortalität, kardiovaskuläre Mortalität, kardiogener Schock, Herzinsuffizienz, Reinfarkt, Hospitalisierung) günstig beeinflusst werden.

Auch die sofortige Gabe eines Mineralocorticoidrezeptorblockers, nämlich initial 200 mg K-Canrenoat i.v. gefolgt von 25 mg

Aldactone oral, entfaltete in der ALBATROSS-Studie bei der Gesamtauswertung von 1600 Infarktpatienten (STEMI + NSTEMI) ohne Herzinsuffizienz keine günstige Wirkung auf den kombinierten Endpunkt (Tod, Wiederbelebung, Indikation für ICD, Herzinsuffizienz) nach 6 Monaten. Hyperkaliämien (> 5.5 mmol/l) traten erwartungsgemäss unter dem Mineralocorticoidrezeptorblocker deutlich häufiger auf (3% vs. 0.2%). Doch bei STEMI-Patienten konnte der Mineralocorticoidrezeptorblocker die Mortalität statistisch signifikant senken.

Lässt sich die antihypertensive Therapie optimieren?

Wenn mit drei Antihypertensiva keine zufriedenstellende Blutdrucksenkung erreicht wird, spricht man von einer therapierefraktären Hypertonie. Im Rahmen der PATHWAY-2-Studie konnte gezeigt werden, dass bei solchen Patienten die zusätzliche Gabe von Spironolacton zu RAS-Blocker plus Kalzium-Antagonisten plus Thiazid-Diuretikum effektiver ist als die eines anderen Antihypertensivums, siehe dazu den nachfolgenden Beitrag von **Dr. med. Urs N. Dürst**.

Die Gabe eines Diuretikums als Kombinationspartner ist ein etabliertes Therapiekonzept bei der arteriellen Hypertonie. Doch Hydrochlorothiazid entfaltet ungünstige metabolische Wirkungen im Kohlenhydratstoffwechsel und führt nicht selten zu einer Hypokaliämie. Die zusätzliche Gabe des Kalium sparenden Diuretikums Amilorid kann diese ungünstigen Hydrochlorothiazid-Begleitwirkungen neutralisieren, so das Ergebnis der PATHWAY-3-Studie. Ausserdem führt die duale Diuretika-Therapie in jeweils halber Dosierung (5 mg Amilorid + 12.5 mg Hydrochlorothiazid) zu einer doppelt so starken Blutdrucksenkung wie eine Monotherapie mit einem dieser Diuretika in voller Dosierung.

LCZ696, welches den AT1-Blocker Valsartan und den Neprilysin-Inhibitor Sacubitril enthält, konnte im Rahmen der PARADIGM HF-Studie bei herzinsuffizienten Patienten seine überzeugende Wirkung unter Beweis stellen. Auch bei älteren Patienten mit systolischer Hypertonie entfaltet dieses Medikament eine günstige Wirkung, so das Fazit der PARAMETER-Studie. Bei 454 älteren Hypertonikern mit grosser Blutdruckamplitude als Hinweis auf einen Elastizitätsverlust der Aorta wurde mit LCZ696 im Vergleich zu Olmesartan der nächtliche aortale Blutdruckwert und auch der mittels 24-Stunden-Blutdruckmessung ermittelte systolische Blutdruckwert stärker gesenkt.

Wie sieht es mit der kardialen Sicherheit der NSAR aus?

Schon seit vielen Jahren wird darüber diskutiert, ob NSAR kardiovaskuläre Ereignisse verursachen können und ob sich bzgl. der kardiovaskulären Sicherheit selektive und nicht-selektive NSAR unterscheiden. Im Rahmen der SCOT-Studie wurde die kardiovaskuläre Sicherheit, aber auch das gastrointestinale Risiko des COX-2-Inhibitors Celecoxib im Vergleich zu nicht-selektiven NSAR (Diclofenac, Ibuprofen und andere) bei 1.385 Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis untersucht. Die kardiovaskuläre Ereignisrate war in beiden Gruppen mit 1.8% in der Celecoxib-Gruppe und 2.2% in der nicht-selektiven NSAR-Gruppe insgesamt sehr niedrig und durchaus vergleichbar. Gleiches gilt für das gastrointestinale Risiko im oberen Gastrointestinaltrakt. Insgesamt traten schwere kardiovaskuläre oder gastrointestinale Komplikationen unter Celecoxib bei 5.2%, unter einem nicht-selektiven NSAR bei 5.8% der Patienten auf.

Dr. med. Peter Stiefelhagen