

Inhalt

► Herzinsuffizienz	
Trastuzumab bei älteren Brustkrebs-Patientinnen Herz-Nebenwirkungen unterschätzt	Seite 3
Prognose bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz 6MW und kardiopulmonale Belastungstests ähnlich gut geeignet	Seite 8
Doxorubicin-induzierte Kardiotoxizität Statine wirken präventiv	Seite 11
► Erkrankungen der Herzkranzgefäße	
Kumulative Ezetimib-Exposition lässt CIMT steigen Paradoxe Progression der Atherosklerose	Seite 3
Routinebestimmung von Lipidwerten Vorheriges Fasten meist unnötig	Seite 4
Unterbrechung einer Warfarin-Therapie aufgrund gastrointestinaler Blutungen Wiederaufnahme für die meisten Patienten günstiger	Seite 7
LDL-Cholesterin sollte schon in jungen Jahren niedrig sein Dreimal höhere Risikoreduktion als bei später Senkung	Seite 7
Restenosen in kleinen Gefäßen Paclitaxel DEB mit geringerem Late Loss verbunden als PES	Seite 8
Akutes Koronarsyndrom mit ST-Strecken-Hebung Besser transradial behandeln	Seite 9
Absetzen von langfristiger Clopidogrel-Therapie Mit Tod und Myokardinfarkt nach Venenbypass-PCI assoziiert	Seite 10
Akute Koronarsyndrome mit und ohne ST-Strecken-Hebung Transradialer Zugang führt bei STEMI zu besseren Ergebnissen	Seite 11
Chronische Hämodialyse Dysfunktionelles HDL entdeckt	Seite 12
Verdacht auf Koronare Herzkrankheit CMRA sagt kardiale Ereignisse vorher	Seite 12
Langzeitergebnisse älterer Diabetes-Patienten nach PCI ITDM mit Komplikationen nach Stentimplantation verbunden	Seite 13
► Herzrhythmusstörungen	
Ventrikuläre Arrhythmie nach Herzoperationen Mit erhöhter Langzeitmortalität verbunden	Seite 7
Vagusreflexe nach einem Belastungstest Zur Risikoabschätzung bei LQTI geeignet	Seite 10
Diffuse ventrikuläre Fibrose bei Vorhofflimmern Mit dem Alter und der EF verbunden	Seite 12
► Erkrankungen der Herzklappen	
Schwere Aortenstenose LV EF < 50% bedeutet schlechte Prognose	Seite 11
► Diverses	
doi-Angaben zum schnellen Auffinden der Originale Webrecherche leicht gemacht	Seite 3
Angioödem-Risiko Unter bestimmten Antihypertensiva verdreifacht	Seite 4
CREST-Studie: Schlaganfälle nach Karotisintervention Schwere Fälle eventuell vermeidbar	Seite 4
Screening Abdominal Aortic Aneurysms Very Efficiently (SAAAVE) Act Nutzen nicht erkennbar	Seite 6
Hyponatriämie vor Operationen Morbidität und Mortalität erhöht	Seite 6
Fibromuskuläre Dysplasie der Arteria renalis Uni- und multifokaler Subtyp weisen unterschiedliche Phänotypen auf	Seite 6
Plötzlicher Herztod bei postmenopausalen Frauen Mehrere Risikofaktoren identifiziert	Seite 8
Antihypertensiva bei älteren Menschen Risiko für Hüftfrakturen steigt sofort	Seite 9
Infrapopliteale periphere arterielle Verschlusskrankheit SES-Implantation vielversprechende Alternative zu PTA	Seite 9
Renale Sympathikusdenervation sicher und effektiv Blutdrucksenkung hält ein Jahr an	Seite 10
Hülsenfrüchte bei Typ-2-Diabetes HbA _{1c} und systolischer Blutdruck sinken	Seite 13
Von der Wissenschaft in die Praxis Ein (zu) langer Weg	Seite 13
► Industrie	Seite 14
► Termine	Seite 15

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

kurz vor Weihnachten sorgte das Scheitern einer mit großer Hoffnung (und viel Geld) über fast 4 Jahre bei 25.673 Patienten (!) durchgeführten Medikamentenstudie (HPS2-THRIVE) für viel Aufsehen. In dieser „Heart Protection Study 2 – Treatment of HDL to Reduce the Incidence of Vascular Events“ sollte geprüft werden, ob Niacin (= Nicotinsäure, Vit. B3) zusätzlich zu Statinen verabreicht bei Koronarpatienten oder solchen mit einem hohen Risiko dafür günstig wirkt. Bekanntermaßen senkt Nicotinsäure das LDL sowie die Triglyceride und erhöht das HDL. In der Fachinformation heißt es: „Eine Therapie mit Nicotinsäure senkt das Mortalitätsrisiko als auch das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, und es verlangsamt die Progression oder führt zur Regression atherosklerotischer Läsionen.“ Positive Outcome-Studien gab es jedoch gar nicht. Einige kurzzeitige Untersuchungen wiesen die günstigen Wirkungen auf die Blutlipide nach, und in der AIM-High Studie (NEJM 2011;365:2255) hatte sich bei 3414 Patienten nach drei Jahren Therapie mit 1500 – 2000 mg p.o. keine Abnahme der kardiovaskulären Letalität gezeigt. Da die Hauptnebenwirkung von Niacin, eine sehr unangenehme Flushsymptomatik, in der Regel zum Therapieabbruch führt, wurde es jetzt mit einer Antiflushsubstanz, Laropiprant, kombiniert und als Tredaptive® getestet. Das Kombinationspräparat Tredaptive® ist seit etwa 2 Jahren zur Lipidtherapie zugelassen. Nun hat sich in der HPS2-THRIVE gezeigt, dass das Koronarrisiko nicht gesenkt wird, die teilweise ernsthaften Nebenwirkungen aber beträchtlich waren. In einem „Rote-Hand-Brief“ vom 27.12.2012 wird deshalb empfohlen, keine neuen Patienten auf Tredaptive® einzustellen. Ich denke, es ist auch nicht sinnvoll, die ineffektive aber gefährdende Behandlung damit fortzusetzen.

Leider haben wir in letzter Zeit erfahren müssen, dass auf dem Lipidsektor mehrere neue Pharmaka in Outcome-Studien versagt haben, obwohl sie aus pathophysiologischen Gründen (LDL-Senkung und HDL-Erhöhung) antiatherosklerotisch hätten wirken müssen: unter Torcetrapib (ILLUMINATE-Studie, NEJM 2007; 357:2109) und Dalcetrapib (dal-OUTCOMES-Studie, NEJM 2012;367:2089), die beide das HDL sogar stark erhöhten, nahm die Letalität nicht nur nicht ab sondern mit Torcetrapib sogar um 58% zu. Gleiches gilt für die Fibrate, die ebenfalls das LDL (etwas) senken und das HDL erhöhen, die Gesamtmortalität aber nicht reduzieren. Die weitgehend akzeptierte



Herausgeber: Erland Erdmann

Hypothese des „schützenden HDL“ gerät mächtig ins Wanken.

Nun würde man denken, dass der Cholesterinaufnahmehemmer Ezetimib mit seiner sehr starken LDL-Senkung das Arterioskleroserisiko deutlich vermindern würde. Auch das konnte aber bislang nicht nachgewiesen werden. Überraschenderweise haben Taylor und Mitarbeiter (European Heart J 2012; 33:2939, siehe Seite 3) jetzt sogar eine mir nicht verständliche „paradoxe Progression der Atherosklerose“ für Ezetimib gefunden: je stärker die LDL-Werte absanken, umso mehr nahm die Intima-Media-Dicke der Carotiden (als Parameter für die Arterioskleroseprogression) zu. Je länger die Patienten Ezetimib eingenommen hatten, umso stärker ausgeprägt war diese negative Wirkung.

Was lernen wir nun aus diesen neuen Studien? Mir fallen dazu folgende eigentlich recht einfache Fakten ein:

1. Die Effektivität der Statine in der Sekundärprophylaxe ist unbestritten, eine zusätzliche Lipidtherapie durch andere Pharmaka verringert nach heutigem Wissen das Arterioskleroserisiko nicht.

2. Der Nachweis der LDL-Senkung oder HDL-Zunahme alleine besagt noch nicht, dass Patienten davon einen Vorteil haben.

3. Nikotinsäurepräparate, Fibrate, Ezetimib und bisher bekannte Medikamente, die das HDL erhöhen, sind nicht zur Lipidtherapie geeignet, da sie offensichtlich nur Surrogatparameter verändern.

Als ich diese Sätze kürzlich bei einer Fortbildungstagung sagte, wurde ich von einem besorgten Kollegen gefragt, was er denn nun machen solle bei seinem gefährdeten Patienten, der keine Statine verträge? Mir fiel als einzige Antwort der Verweis auf die nicht-medikamentöse Behandlung und entsprechende Lebensstil-Beratung ein. Sind Sie anderer Meinung?

Mit allen guten Wünschen für ein gesundes neues Jahr und herzlichen kollegialen Grüßen

Ihr

Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln