

## Inhalt

<b>► Schwerpunkt: Herzrhythmusstörungen</b>	
<i>Erbliches Long- und Short-QT-Syndrom</i>	
J-förmiger Zusammenhang mit VHF-Risiko .....	Seite 6
<i>Obstruktive Schlafapnoe im Kontext der Pulmonalvenenisolierung</i>	
CPAP beugt erneutem Vorhofflimmern vor .....	Seite 8
<i>ICD zur Primär- und Sekundärprävention</i>	
Auch im Alter lohnenswert .....	Seite 8
<i>Perkutaner Verschluss des linken Vorhofohrs bei nicht valvulärem Vorhofflimmern</i>	
Bei Kontraindikationen für die Antikoagulation gute Alternative .....	Seite 10
<i>Ablation des Vorhofflimmerns</i>	
Genaues Abzielen auf Quellen sinnvoll .....	Seite 12
<i>Kardiale Resynchronisationstherapie mit Defibrillator</i>	
Ventrikuläre Arrhythmien erhöhen Risiko für Herzinsuffizienz und Tod .....	Seite 12
<i>Ablation bei Vorhofflimmern/Vorhofftachykardien</i>	
Bessere Outcomes mit neuem Endpunkt .....	Seite 14
<i>LVAD mit kontinuierlichem Fluss</i>	
ICD bei präoperativen VAs ratsam .....	Seite 14
<b>► Koronare Herzkrankheit/Arteriosklerose</b>	
<i>Adventisten-Studie</i>	
Vegetarische Ernährung mit niedrigerer Mortalität assoziiert .....	Seite 5
<i>Elektive Perkutane Koronarintervention</i>	
Entlassung am selben Tag meist unproblematisch .....	Seite 5
<i>Muskuloskeletale Erkrankungen, Arthropathien, Verletzungen und Schmerz</i>	
Unter Statinen häufiger .....	Seite 6
<i>Belastungstests nach Implantation von Koronarstents</i>	
Weitgehend unabhängig von den Patientencharakteristika .....	Seite 9
<i>30-Tages-Mortalität nach PCI</i>	
Oft nicht mit dem Eingriff assoziiert .....	Seite 10
<i>Ischämische Läsionen mit intermediärer Stenose</i>	
Neuer Parameter identifiziert .....	Seite 10
<i>Routinemäßige kardiale Provokationstests in der CPU</i>	
Viele falsch-positive Ergebnisse .....	Seite 11
<i>CCTA-Parameter tragen zu optimiertem Risikoscore bei</i>	
Verbesserte Risikovorhersage .....	Seite 11
<i>Rivaroxaban beim akuten Koronarsyndrom</i>	
Stentthrombosen reduziert .....	Seite 11
<i>Hohe intestinale Cholesterinabsorption</i>	
Mit CVD und Risikoallelen assoziiert .....	Seite 12
<b>► Diverses</b>	
<i>Clopidogrel plus Aspirin nach leichtem Schlaganfall oder TIA</i>	
Besser als Aspirin allein .....	Seite 2
<i>Clopidogrel bei Säuglingen mit systemisch-pulmonalen Shunts</i>	
Kein Nutzen erkennbar .....	Seite 2
<i>Salzgehalt von Fertigprodukten und Fast Food</i>	
Zu geringe Veränderungen .....	Seite 4
<i>Inhalative langwirksame Bronchodilatoren bei COPD</i>	
Engmaschige Überwachung der kardiovaskulären Sicherheit erforderlich .....	Seite 4
<i>Kalorienreiche Gerichte im Restaurant</i>	
Nicht nur in Fast-Food-Läden ein Problem .....	Seite 4
<i>Perioperativer Gebrauch selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer</i>	
Risiko für unerwünschte Ereignisse erhöht .....	Seite 5
<i>Rotes Fleisch und Typ-2-Diabetes</i>	
Erhöhtes Risiko bei steigendem Verzehr .....	Seite 6
<i>Akute dekompensierte Herzinsuffizienz</i>	
Einschränkung der Flüssigkeits- und Natriumzufuhr unnötig .....	Seite 8
<i>TV-in-TV und Transkatheter-Klappenembolisation nach TAVI</i>	
Mortalität erhöht .....	Seite 9
<i>Phänotyp und klinischer Verlauf der hypertrophen Kardiomyopathie</i>	
Durch Adipositas beeinflusst .....	Seite 9
<b>► Industrie</b> .....	Seite 14
<b>► Termine</b> .....	Seite 16

## Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

Kontroversen im Kollegenkreis befördern oft besonders kritisches Nachdenken, so auch kürzlich, als ein allseits geschätzter gebildeter Internist anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung meinte, es sei doch gar nicht wirklich gesichert, dass kardiovaskuläre Risikopatienten von einer höheren Statindosis und entsprechend niedrigeren LDL-C Spiegeln profitierten. Viele von uns würden lediglich und allzu simpel glauben, dass „mehr des Guten besser sei als weniger“, aber das gelte in therapeutischer Hinsicht eher selten. Wir einigten uns schnell darauf, die publizierte Studienlage zu recherchieren und fanden ziemlich rasch auch 4 kontrollierte Großstudien, die unseren wissenschaftlichen Ansprüchen entsprachen, mit jeweils 4000–12000 eingeschlossenen Patienten mit dieser Fragestellung. Beim Akuten Koronarsyndrom reduzierten 80 mg Atorvastatin versus 40 mg Pravastatin die Letalität nach 2 Jahren um 1% (n. s.), den kombinierten Endpunkt aus Tod, MI, instabiler AP und Revaskularisierungsnotwendigkeit aber um 3,9% ( $p < 0,005$ ) (PROVE IT-Studie, NEJM 2004;350:1495). Der kritische Kollege meinte, das sei wenig überzeugend, wir anderen sahen zumindest beim ACS im Prinzip einen Vorteil des hochdosierten Statins. Dann analysierten wir in den verbliebenen 3 Studien die Ergebnisse bei stabiler KHK und nach Myokardinfarkt. In der IDEAL-Studie reduzierten 80 mg Atorvastatin versus 20 mg Simvastatin das LDL-C um weitere 20 mg/dl, die Letalität nach ~5 Jahren aber nur um 0,2% (n. s.) (JAMA 2005;294:2437). Ähnliche Ergebnisse waren nach 7-jähriger Therapie mit 80 mg Simvastatin versus 10 mg Simvastatin bei 12.064 Kranken zu verzeichnen: kein Unterschied (Lancet 2010;376:1658). Auch in der TNT-Studie (10.001 Patienten, 80 versus 10 mg Atorvastatin) war nach ~5 Jahren kein Unterschied in der Letalität (5,6 versus 5,7%) zu sehen (NEJM 2005;352:1425). Als wir einwandten, dass die Sterblichkeit durch hochdosiertes Statin zwar jeweils nicht reduziert würde, aber ein klug zusammengesetzter kombinierter Endpunkt schon einen gewissen Vorteil vielleicht nach 20 statt nach 5 Jahren vermuten ließ, sagte unser kritischer Kollege, dass ihm die auch in dieser Hinsicht nur geringen Unterschiede von 2–5% kaum imponierten, wir aber die Nebenwirkungen keineswegs vergessen sollten. Das Risiko für akutes Nierenversagen insbesondere bei bereits eingeschränkter Nierenfunktion sei fast 10-fach höher (DMW 2013;138:1042) und das Auftreten einer Myopathie 30-fach. Außerdem, so bemerkte unser belesener Kollege nun



Herausgeber: Erland Erdmann

etwas ironisch, hätten wir wohl noch nichts vom „publication bias“ gehört. Es würden doch praktisch nur positive Studien veröffentlicht, die negativen fielen unter den Tisch. Damit sei unser Weltbild, gerade bei kleinen Unterschieden – wie den hier besprochenen – zwischen Verum und Placebo, nicht nur verschoben, sondern oft sogar falsch. Tatsächlich hat vor einigen Monaten das überaus angenehme „BMJ“ einen „Feldzug“ gegen einige Pharmafirmen gestartet, die wesentliche Studien nicht veröffentlichten und die (vermutlich negativen) Studienresultate damit der Öffentlichkeit vorenthielten, sodass viele Patienten wirkungslose oder gar schädliche Medikamente einnehmen. Ein diesbezüglicher Artikel sprach sogar von Unglaublichkeit medizinischer Pharmaforschung und einem der wesentlichen wissenschaftlichen Probleme unserer Zeit (BMJ 2013;346:f3601). Tatsächlich wurden Hunderte von „unsichtbaren“ Studien beziehungsweise fehlenden Studiendaten benannt (mit Medikamenten von Atorvastatin bis Zanamivir). Es wurden auch Vorschläge gemacht, die darauf hinauslaufen, diese unpublizierten Ergebnisse nachträglich zu veröffentlichen, da sie für unsere Therapieplanung unverzichtbar seien (BMJ 2013;346:f2865). Nachdem unser Kollege uns dies alles erzählt und manchen nachdenklich gemacht hatte, riet er uns noch, doch zukünftig öfter mal bei ClinicalTrials.gov reinzuschauen. Da inzwischen alle Patientenstudien dort registriert sein müssten, bekämen wir zumindest einen guten Überblick darüber, was alles geprüft werde und welche Studie schon beendet sei. Wenn dann in Jahresfrist keine Ergebnismitteilung vorläge, sei die Studie wohl negativ ausgefallen. Daraufhin habe ich sofort bei ClinicalTrials.gov unter „statin AND lipid“ nachgesehen. Leider fand ich unter diesem Stichwort 1411 Studien, zu viele für meine abendliche Lektüre. Mein kritischer Internistenkollege kann wohl besser mit seiner Zeit umgehen als ich. Mehr Zeit wünsche ich auch Ihnen! Mit herzlichsten kollegialen Grüßen

Ihr  
Prof. Dr. Erland Erdmann, Köln