

► **Schwerpunkt: Hypertonie**  
*HOPE-3-Studie zum intermediären kardiovaskulären Risiko*  
 Kombinierte Blutdruck- und LDL-Cholesterinsenkung sinnvoll..... Seite 3  
*Antihypertensive Therapie bei mittlerem kardiovaskulären Risiko*  
 Positiver Effekt erst ab etwa 143 mmHg ..... Seite 4  
*Sehr niedrige Blutdruckwerte und Blutdruckverläufe bei Diabetes*  
 Auswirkung auf kardiovaskuläres und Sterberisiko .....Seite 11  
*Meta-Analyse zu Antihypertensiva bei Diabetes mellitus*  
 RAS-Blocker bei harten Endpunkten nicht überlegen.....Seite 11  
*Blutdruckzielwerte bei über 80-Jährigen*  
 Besser nicht zu tief ansetzen..... Seite 16  
*Chronische Nierenerkrankung*  
 Größeres kardiovaskuläres Risiko bei höherer Natrium-Aufnahme..... Seite 14

► **Koronare Herzkrankheit/Myokardinfarkt/Angina pectoris**  
*Untereinheit des Asialoglykoprotein-Rezeptors*  
 Varianten mit reduziertem KHK-Risiko assoziiert..... Seite 3  
*HOPE-3-Studie*  
 Cholesterinsenkung wirkt auch bei mittlerem Risiko..... Seite 4  
*Schockrefraktäres Kammerflimmern oder pulslose ventrikuläre Tachykardie*  
 Kein besseres Gesamtüberleben durch Amiodaron oder Lidocain ..... Seite 10  
*Metoprolol vor primärer perkutaner Koronarintervention*  
 Kaum Unterschiede bei den STEMI-Outcomes.....Seite 11  
*Betablocker-Therapie nach PCI*  
 Esmolol reduziert Surrogatmarker für Infarktgröße ..... Seite 15  
*Gesundheitsgefahren durch Mentholzigaretten*  
 Bei kardiovaskulären Risiken kein Unterschied zu anderen Zigaretten ..... Seite 16

► **Herzinsuffizienz**  
*Adipositas-Paradox bei Herzinsuffizienz*  
 Durch kardiorespiratorische Fitness erklärbar ..... Seite 6  
*Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion*  
 Einsatz der Gerätetherapie in Schweden eher gering..... Seite 6  
*Zirkulierende miRNAs bei akuter Herzinsuffizienz*  
 Abnehmende Spiegel bestimmter miRNAs gehen mit schlechter Prognose einher ...Seite 8  
*Empagliflozin bei Typ-2-Diabetikern mit hohem Risiko*  
 Hospitalisierungen und kardiovaskuläre Mortalität reduziert ..... Seite 14

► **Herzklappenerkrankungen**  
*Chirurgische Behandlung der moderaten ischämischen Mitralklappeninsuffizienz*  
 Ergebnisse nach zwei Jahren vorgestellt..... Seite 6  
*PARTNER-2-Studie zu Aortenklappenersatz*  
 TAVI auch bei mittlerem Risiko eine gute Option ..... Seite 8

► **Herzrhythmusstörungen**  
*Einfluss der Grippe auf Entwicklung von Vorhofflimmern*  
 Impfung reduziert das Risiko ..... Seite 2  
*Antikoagulation zur Schlaganfallprävention nach ICH*  
 Warfarin bei höherem Risiko sinnvoll ..... Seite 2  
*Vorhofflimmern nach Herzoperation*  
 Kein Unterschied zwischen Frequenz- und Rhythmuskontrolle..... Seite 8  
*Mit Vorhofflattern assoziierte Tachykardiomyopathie*  
 Prädiktoren und prognostische Bedeutung untersucht ..... Seite 10  
*Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren zur Primärprävention*  
 Frühe Komplikationen gehen mit schlechterer Prognose einher..... Seite 10  
*Schlaganfallrisiko bei Vorhofflimmern*  
 ABC-Risk-Score zur Vorhersage besser als üblicher Score ..... Seite 14  
*Medikamentös induziertes Brugada-Syndrom*  
 Auftreten erst Wochen nach Therapiebeginn..... Seite 15

► **Diverses**  
*Alkoholeseptumablation bei hypertroph-obstruktiver Kardiomyopathie*  
 Langzeitergebnisse des größten multinationalen Registers vorgestellt ..... Seite 3  
*Adjuvante Therapie des frühen Mammakarzinoms*  
 Candesartan schwächt Kardiotoxizität ab..... Seite 4  
*Maternaler Diabetes und angeborene Herzfehler*  
 Bei Komplikationen vor der Schwangerschaft besonders hoch..... Seite 15  
*Kardiales Remodeling bei Athleten*  
 Basketball-Herzen unter der Lupe..... Seite 16

► **Forschung, Hochschule & Verbände** ..... Seite 17

► **Industrie** ..... Seite 17

eigentlich wissen wir bereits seit über 20 Jahren (damals konnte man noch gegen Placebo testen!), dass besonders alte Menschen mit Hochdruck von einer medikamentösen Blutdrucksenkung profitieren (SHEP-Studie 1991, MRC-Studie 1992). Diese Aussage gilt im Prinzip für alle Hochdruckformen, auch für die isolierte systolische Hypertonie (Syst-Eur-Studie 1997). 2008 bewies das Ergebnis der HYVET-Studie eindeutig selbst für Personen > 80 Jahre eine Risikoreduktion für Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Tod um etwa 30% unter einem Diuretikum und einem ACE-Hemmer (NEJM 2008;358:1887). Unklar blieb lediglich der Zielblutdruck – und dies besonders bei Diabetikern. Wurde in älteren Untersuchungen versucht, auf Werte < 150/90 zu senken, so scheinen neuere Studien darauf hinzudeuten, dass selbst im hohen Alter und bei höherem kardiovaskulärem Risiko durch entsprechende Begleiterkrankungen deutlich tiefere Werte angestrebt werden sollten. Die Sprint-Studie (NEJM 2015;373:2103) hat bei 9361 Personen mit einem mittleren Alter von 68 Jahren, einem Blutdruck > 130 und bekannten kardiovaskulären Risikofaktoren (aber ohne Diabetes) untersucht, ob der systolische Zielblutdruck < 120 mmHg (tatsächlich wurden im Mittel 121,4 mmHg erreicht) gegenüber < 140 (es wurden 136,2 mmHg erreicht) einen substantiellen Vorteil bringt. Bereits nach etwas über 3-jähriger Behandlung nahmen die Letalität um 27% und die Herzinsuffizienz um 38% in der intensiver behandelten Gruppe mit dementsprechend niedrigerem Blutdruck signifikant ab. Schlaganfälle (-11%) und Herzinfarkte (-22%) wurden nicht signifikant reduziert. Diese günstigen Ergebnisse wurden auch bei Patienten > 75 Jahre erhoben. Wie vorhersehbar waren allerdings die Nebenwirkungen der stärkeren Blutdrucksenkung erheblich. Hypotensionen, Synkopen, Hyponatriämie, Hypokaliämie, akutes Nierenversagen und Krankenhausnotaufnahmen waren deutlich häufiger (+30–70%). Die Letalität spielt besonders bei einer prophylaktischen Therapie (mit wesentlichen Nebenwirkungen) vielleicht die wichtigste Rolle. Wir würden auch sehr belästigende Nebenwirkungen in Kauf nehmen, wenn wir durch die entsprechenden Medikamente deutlich länger leben könnten. In der Sprint-Studie starben innerhalb von etwa 3 Jahren in der hochdosiert behandelten Gruppe 3,3% der Patienten vs. 4,5% mit dem etwas höheren Blutdruck. Dies ergibt eine Number Needed to Treat (NNT) von 83. Man müsste also bei 83 Patienten den Blutdruck nach Möglichkeit unter

Herausgeber: E...

120 mmHg über 3...  
 Todesfall zu verme...  
 stehen zum Beispie...  
 Patienten mit K...  
 men wegen akuter...  
 um nur eine wes...  
 Nebenwirkungen...  
 ergibt eine Numb...  
 (NNH) für diese...  
 Folge der stärkeren...  
 von 56. Das heißt...  
 enten der Blutdruck...  
 für 3 Jahre anges...  
 wegen Niereninsu...  
 nahme eines Krank...  
 müssen. Ob sich...  
 tonietherapie...  
 wird, muss zweif...  
 es wirklich erst...  
 chungen über die...  
 behandlung – und...  
 zeigen gleiche...  
 tungen. Dregan et...  
 longitudinalen M...  
 schen in den 80...  
 gefunden, dass es...  
 U-förmige Bezie...  
 deltem Blutdruck...  
 Optimum scheint b...  
 liegen, darunter...  
 Letalität wieder...  
 gering erhöhten...  
 ohne zusätzliche...  
 Risiko profitieren...  
 Untersuchungen...  
 nicht von der The...  
 und einem Diure...  
 druck bei einem...  
 5,6 Jahren von...  
 6,0/3,0 mm Hg ge...  
 teressant in diese...  
 die Beobachtunge...  
 bei ansonsten ge...  
 kern mit verschied...  
 druckwerten und...  
 Therapie. Diab...  
 druckwerten...  
 haben einen nie...  
 Blutfettwerte, ...  
 allerdings öfter...  
 Fortsetzung siehe