

News aus Chicago:

AHA-Jahrestagung 2014

Systolische Herzinsuffizienz

Neuer Kombi-Wirkstoff übertrifft ACE-Hemmer auch bei Krankheitsprogression

Mit einem kombinierten Wirkstoff, der sowohl das Renin-Angiotensin-System inhibiert als auch das System der natriuretischen Peptide verstärkt, kann die Progression der systolischen Herzinsuffizienz signifikant besser abgebrems werden als mit einem ACE-Hemmer.

PARADIGM-HF hiess die Studie mit dem Wirkstoff LCZ696 von Novartis, die beim ESC-Kongress 2014 für Furore sorgte: Die kombinierte Hemmung von Nephilysin und Angiotensin durch Sacubitril/Valsartan hatte sich dem bisherigen Standard Enalapril als überlegen erwiesen: Das relative Risiko für den primären Studienendpunkt (kardiovaskuläre Mortalität und Hospitalisation aufgrund der Herzinsuffizienz) wurde um 20% (21,8 gegenüber 26,5%) reduziert, das relative Gesamtmortalitätsrisiko sank um 16% (17% gegenüber 19,8%).

Auf dem Jahreskongress der American Heart Association 2014 in Chicago wurden nun weitere Daten zu Symptomatik, Belastbar-

keit und Komplikationen vorgestellt. Wie Prof. John McMurray von der Universität Glasgow berichtete, zeigten mit LCZ696 behandelte Patienten seltener Zeichen einer klinischen Verschlechterung der Herzinsuffizienz.

So war ihr Risiko für stationäre Aufnahmen um 23% und jenes für Behandlung in der Notaufnahme um 30% geringer als in der Enalapril-Gruppe. Sie benötigten um 16% seltener eine Therapieintensivierung. Biomarker, die eine Schädigung des Herzmuskels anzeigen, waren bei ihnen signifikant weniger erhöht.

Auch bezüglich Beschwerdesymptomatik und Lebensqualität waren die mit LCZ696 behandelten Patienten im Vorteil. Dies folgte aus regelmässigen Befragungen der Patienten mit dem Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ). In allen Parametern, die mit dem KCCQ erhoben wurden, schnitten die Patienten unter LCZ696 besser ab.

▼ WFR

Studie aus Frankreich

Herzstillstand-Patienten profitieren von früher PCI

Wenn Patienten mit Herzstillstand nach erfolgreicher Reanimation zeitnah einer perkutanen Koronarintervention zugeführt werden, verbessert dies überraschend deutlich die Prognose, wie eine beim AHA-Jahreskongress vorgestellte Studie zeigt.

Die Studie stammt aus Frankreich. Dr. Guillaume Geri, INSERM U970 Hopital in Paris, berichtete die Ergebnisse. Prospektiv waren 1723 Patienten inkludiert worden, welche zwischen 2010 und 2012 mit einem Herzstillstand in das Pariser Krankenhaus eingeliefert wurden. Trauma-Patienten waren exkludiert.

Ein Ereignis trat in 87% der Fälle auf. Bei 55% der Patienten wurde eine Rhythmusstörung diagnostiziert, die einer Defibrillation zugänglich war. Bei 28% der Patienten wurde zeitnah eine PCI durchgeführt.

Diese Patienten hatten Glück, denn die PCI erhöhte die Überlebenswahrscheinlichkeit beträchtlich. Sie betrug nach einem Monat 43% (mit PCI) gegenüber 28% (ohne PCI), nach zwei Jahren 40% vs. 23% und nach zehn Jahren 38% vs. 20%. Wenn vergleichbare Patientenpaare via propensity-score matching gebildet wurden, erwies sich, dass die PCI die Mortalität halbierte.

▼ WFR

Herzstillstand

Mechanische Reanimationshilfe enttäuscht

Trotz zahlreicher theoretischer Vorteile haben Patienten mit Herzstillstand keinen Überlebensvorteil, wenn sie mit einer mechanischen Reanimationshilfe wie dem Lucas 2-Gerät behandelt werden.

Selbst geschultem Rettungspersonal gelingt es nicht immer, eine vorbildliche kardiopulmonale Reanimation über einige Zeit durchzuführen. Zum einen bindet dies 1–2 Rettungskräfte, zum zweiten ist die Reanimation bei Umlagerung und Transport erschwert, und zum dritten erschöpft nach einer Weile auch der beste Rettungssanitäter.

Vor diesem Hintergrund scheinen mechanische Herzdruckmassagegeräte sinnvoll: Sie verschaffen den Rettungshelfern Entlastung und arbeiten mit grosser Ausdauer. Das Risiko von Wirbelbrüchen scheint gering. Erste Daten hatten gute Wirksamkeit derartiger Geräte angedeutet. Nun liegen die Ergebnisse einer kontrollierten Studie vor.

Die PARAMEDIC (Prehospital Randomized Assessment of a Mechanical Compression Device in Cardiac Arrest)-Studie wurde in Grossbritannien mit Patienten durchgeführt, die ausserhalb des Hospitals einen Herzstillstand erlitten hatten. 1652 Patienten wur-



den mit dem Lucas-2-Herzdruckmassage-Gerät wiederbelebt, 2819 Patienten wurden konventionell reanimiert.

Lucas-2 ist ein Batterie-betriebenes Device, welches um den Thorax gespannt wird und welches mit einer Frequenz von 100 pro Minute den Brustkorb um ca. 5 Zentimeter komprimiert.

Wie sich zeigte, hatten Patienten, die mechanisch reanimiert wurden, keinerlei Vorteile: 30 Tage überlebten 6% der Patienten, in der Kontrollgruppe 7%. Patienten der Lucas-2-Gruppe hatten ein signifikant erhöhtes Risiko für neurologische Folgeschäden.

▼ WFR

Quelle: American Heart Association, Scientific Sessions 2014, Chicago, 15.–19. November 2014; G. D. Pekins, et al.; The Lancet 2014; doi:10.1016/S0140-6736(14)61886-9

Ischämie-bedingte Mitralinsuffizienz

Kombinierter Koronar- und Bypass-Eingriff überzeugt nicht

Die gleichzeitige Korrektur der Mitralklappe im selben Eingriff hat prognostisch innerhalb eines Jahres keine Vorteile, wenn KHK-Patienten mit mässiggradiger mitraler Regurgitation einer geplanten Bypass-Operation unterzogen werden.

Bei nicht wenigen Patienten mit ischämischer Herzkrankheit findet mit der Zeit ein Umbau des Herzmuskels statt, der mit einer Vergrösserung des linken Ventrikels einhergeht. In solchen Fällen kann eine funktionelle Mitralinsuffizienz resultieren, weil die Klappen-segel nicht mehr richtig schliessen. Prognostisch ist dies ungünstig.

Soll die Klappeninsuffizienz auch in mässiggradigen Fällen korrigiert werden, wenn KHK-Patienten einer Bypass-Operation unterzogen werden? Dies war bisher unklar. Deshalb wurde nun eine kontrollierte bei 300 KHK-Patienten durchgeführt, deren Ergebnisse beim AHA-Meeting erstmals vorgestellt wurden. Die Autoren überprüften, ob die Klappenkorrektur dem kardialen

Remodelling Einhalt gebot. Dazu bestimmten sie den linksventrikulären endsystolischen Volumenindex LVESVI nach einem Jahr.

Zumindest nach einem Jahr hatte der zusätzliche Eingriff an der Klappe für den Patienten keinen Nutzen erbracht, berichtete Studienautor Dr. Robert Michler, New York. Die Autoren bestimmten LVESVI von 46,1 ml pro m² Körperoberfläche nach der Bypass-Operation und einen Index von 49,6 ml pro m² nach dem kombinierten Eingriff – kein Unterschied. Auch die Mortalität war vergleichbar.

Mittelschwere bis schwere Klappeninsuffizienzen waren nach dem kombinierten Eingriff deutlich seltener. Deshalb hoffen die Autoren, dass sich später doch noch ein Erfolg der Operation zeigen könnte.

▼ WFR

Quelle: American Heart Association, Scientific Sessions 2014, Chicago, 15.–19. November 2014; P. K. Smith, et al.; NEJM 2014; doi: 10.1056/NEJMoa1410490