

Fortgeschrittene Stadien der polyzystischen Nierenerkrankung

Einfache RAAS-Blockade reicht aus

Auch in fortgeschrittenen Stadien der autosomal dominanten polyzystischen Nierenerkrankung hat sich die Hoffnung auf einen Nutzen einer dualen Blockade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems in einer Langzeit-Doppelblindstudie nicht erfüllt.

Aufgrund der pathophysiologischen Rolle des RAAS-Systems gelten ACE-Hemmer als Standardtherapie bei polyzystischer Nierenerkrankung. Ob die doppelte RAAS-Blockade in fortgeschrittenen Stadien überlegen ist, ist jetzt in einer Doppelblindstudie bei 486 Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren untersucht werden, deren GFR zwischen 25 und 60 ml/dl betrug.

Behandelt wurde mit Lisinopril oder Lisinopril/Telmisartan. Für beide Gruppen galt gleichermaßen ein Blutdruckzielkorridor von 110/70–130/80 mmHg. Primärer Endpunkt war die Kombination aus Zeit bis zum Tod, terminaler Nierenschwäche oder 50%iger Reduktion der GFR. Beobachtet wurden die Patienten 5–8 Jahre lang.

In keinem dieser Endpunkte noch in irgendeinem sekundären Endpunkt zeigten sich Unterschiede zwischen Monotherapie und Kombination. In beiden Gruppen wurde die gleiche Blutdrucksenkung erreicht. Somit kann die duale RAAS-Blockade auch in dieser Indikation – leider – ad acta gelegt werden. ▼ WFR

Quelle: V.E. Torres et al.; Angiotensin Blockade in Late Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. N Engl J Med 2014; 371: 2267-76

Koronare Revaskularisation bei Diabetes

Längeres Überleben nach Bypass-Operation

Wenn Diabetiker eine koronare Revaskularisation benötigen, bietet die Bypasschirurgie gegenüber der PCI die besseren Langzeitüberlebensraten.

Mit welcher Methode bei Diabetes mellitus am besten die Herzkranzgefäße offen gehalten werden, ist ein Zankapfel zwischen den Kardiologen und den Kardiochirurgen. Mehr als 25% aller entsprechenden Eingriffe werden heute bei Diabetikern durchgeführt.

Die Autoren der aktuellen Meta-Analyse hatten die Daten von 40 Studien hoher Qualität zusammengetragen, in denen die Herzkranzgefäße entweder perkutan via Dilatation und Stent oder operativ mittels eines Bypass wiedereröffnet wurden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Diabetiker mit Mehrgefäßkrankheit oder linker Hauptstammstenose besser mit einem Bypass behandelt werden. Nimmt man die Endpunkte Tod, Herzinfarkt und Schlaganfall zusammen, so liegt das Risiko nach der Operation um 33% niedriger als nach einer PCI.

Die Mortalität allein ist um 44% geringer nach der Bypassoperation, das Herzinfarktrisiko ist eben so hoch wie bei einem perkutanen Eingriff, und das Schlaganfallrisiko ist nach Bypass um 44% höher als nach einer PCI. Das Risiko für einen erneuten Eingriff ist nach PCI um 137% höher als nach einem Bypass. Fazit der Autoren: Bei ausreichend langer Lebenserwartung ist die Operation die bessere Therapie, doch bleibt die Wahl eine individuelle Entscheidung. ▼ WFR

Quelle: B. Tu et al.; Coronary Revascularization in Diabetic Patients. A Systematic Review and Bayesian Network Meta-Analysis. Ann Intern Med 2014; 161: 724-732

Neue Meta-Analyse zu Grad-1-Hypertonie

Medikamentöse Therapie verlängert das Leben

Eine blutdrucksenkende Therapie schützt Patienten mit unkomplizierter Hypertonie Grad 1 (140–159/90–99 mmHg) vor Schlaganfall und Tod. Dies zeigt eine neue Meta-Analyse einschlägiger Studien, die neuere Studiendaten berücksichtigte.

Ob die sog. „milde“ Hypertonie vielleicht so milde ist, dass auf eine medikamentöse Therapie verzichtet werden kann, war bisher nicht ganz eindeutig geklärt. Eine Meta-Analyse, die vier Studien berücksichtigte, fand noch im Jahr 2012 keinen Benefit.

Die nun publizierte Meta-Analyse der Blood Pressure Lowering Treatment Trialist' Collaboration (kurz BPLTTC) berücksichtigte 13 Studien und konnte dabei auf individuelle Patienten-Daten zurückgreifen, 10 mit Diabetikern und 3 mit Nicht-Diabetikern. Die mittlere Blutdruck-Reduktion war mit insgesamt 3,6/2,4 mmHg relativ bescheiden. Dennoch reduzierte sich dadurch das relative 5-Jahresrisiko für kardiovaskuläre Komplikationen signifikant um 14%, das Schlaganfall-Risiko um 28%, das Herzinsuffizienz-Risiko um 20%, und das relative Sterberisiko um 22%. Grad-1-Hypertonie ist somit eine eindeutige Indikation für eine blutdrucksenkende Therapie. ▼ WFR

Quelle: J. Sunderström, et al.; Ann Intern Med 2015; 162: 184-191

Operierte Aortenklappenstenose

RAAS-Blockade verbessert die Überlebensaussichten

Nach operativer Korrektur einer schweren Aortenstenose sollte der Patient mit ACE-Hemmern bzw. AT1-Blockern behandelt werden. Dies verbessert die Prognose, wie jetzt eine Studie zeigte.

Im Rahmen einer schweren Aortenstenose hypertrophiert das linksventrikuläre Myokard. Gleichzeitig verschlechtern sich die diastolische Funktion und die Prognose. Medikamente, die das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System inhibieren, modulieren den unerwünschten Myokardumbau, reduzieren die Hypertrophie und die Fibrose. Ob diese Medikamente auch bei schwerer Aortenstenose und insbesondere auch nach operativer Korrektur der Aortenstenose prognostisch wirksam sind, ist bisher nicht untersucht worden.

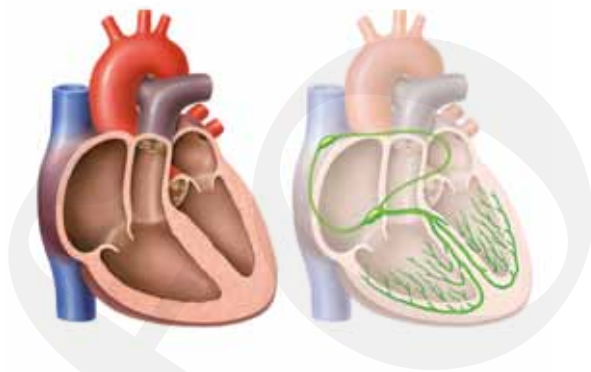
Im Rahmen einer retrospektiven Studie ist bei insgesamt 1752 Patienten nach Operation einer Aortenstenose untersucht worden, ob RAAS-Blocker das Überleben verlängern können. Die Autoren identifizierten 741 Patienten, denen ACE-Hemmer oder Angioten-

sin-Rezeptor-Blocker verschrieben worden waren, sowie 1011 Patienten ohne diese Medikamente. Anschließend bildeten sie 594 vergleichbare Patientenpaare.

Nach Adjustierung für andere Faktoren zeigte sich ein signifikanter Vorteil bei Therapie mit RAAS-Blockern: Die Überlebensraten lagen bei 99% vs. 96% nach einem Jahr, 90% vs. 78% nach fünf Jahren und 71% vs. 49% nach 10 Jahren. Diese Befunde müssten nun in einer prospektiven Studie erhärtet werden, schreiben die Autoren.

▼ WFR

Quelle: S.S. Goel et al.; Renin-Angiotensin System Blockade Therapy after Surgical Aortic Valve Replacement for Severe Aortic Stenosis. Ann Intern Med 2014; 161: 699-710



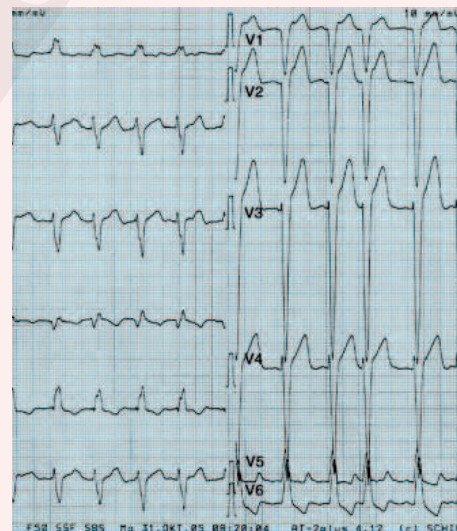
Erklärung für Kognitionsverluste?

Erhöhte Rate stummer Hirninfarkte bei Vorhofflimmern

Bei Patienten mit Vorhofflimmern ist auch das Risiko für stumme Schlaganfälle erhöht. Die Prävalenz liegt zwischen 20 und 40%.

Vorhofflimmern ist die häufigste kardiale Rhythmusstörung. Betroffene Patienten haben nicht nur ein 4- bis 5-fach erhöhtes Schlaganfallrisiko, sie erleiden auch besonders schwere Schlaganfälle. Unabhängig vom Schlaganfall besteht bei Patienten mit Vorhofflimmern auch ein um 40% erhöhtes Risiko für kognitive Funktionseinbußen. Als Ursache werden klinisch stumme zerebrale Infarkte vermutet.

Wie häufig solche stumme Zerebralinfarkte bei Vorhofflimmern auftreten, wurde nun in einer Meta-Analyse untersucht. Die Autoren identifizierten 11 Studien ausreichender Qualität mit zusammen 5317 Patienten, in denen der Zusammenhang zwischen stummen Hirninfarkten und Vorhofflimmern berichtet wurde. Springender Punkt dabei war, wie die stummen Infarkte diagnostiziert worden waren. Man vertraute dabei nur CT- und MRI-Untersuchungen.



Dabei erwies sich, dass Vorhofflimmern das Risiko für stumme Zerebralinfarkte bei Patienten ohne symptomatische Schlaganfälle in der Anamnese um den Faktor 2,62 erhöhten, und zwar unabhängig vom Typ des Vorhofflimmerns. Die Prävalenz stummer Hirninfarkte betrug 40% in den sensitiven MRI-Untersuchungen bzw. 22% in den CT-Untersuchungen.

▼ WFR

Quelle: S. Kalantarian et al; Association between Atrial Fibrillation and Silent Cerebral Infarctions. A systematic review and Meta-Analysis. Ann Intern Med 2014; 161: 650-658