

Highlights vom Europäischen Kardiologenkongress (ESC) 2014

Tops und Flops in der Kardiologie

Der Europäische Kardiologenkongress bietet alljährlich ein Forum, auf dem neueste Studienergebnisse vorgetragen und diskutiert werden. Die folgende Auswahl zeigt, dass nicht alle Hoffnungen in Erfüllung gegangen sind. Doch einige neue Substanzen sind in der Entwicklung, die nach ersten Studienergebnissen eine vielversprechende Bereicherung der Behandlungsmöglichkeiten erwarten lassen.

NECTAR-HF-Studie: Kein Benefit der N.vagus-Stimulation bei Herzinsuffizienz

Bei 96 Patienten mit einer systolischen Herzinsuffizienz wurde die rechtsseitige Stimulation des N.vagus in einem randomisierten Design untersucht und zwar im Vergleich mit einer Scheinintervention. Nach 6 Monaten fand sich keinerlei Änderung bzgl. des linksventrikulären endsystolischen Durchmessers, der anderen echokardiographischen Parameter, der Belastbarkeit und des NT-proBNP. Nur im Hinblick auf die Lebensqualität konnte eine signifikante Verbesserung dokumentiert werden. Die Infektionsrate betrug allerdings 7.4%.

SIGNIFY-Studie: Ivabradin verbessert nicht die Prognose bei stabiler KHK

Bei 19 102 Patienten mit stabiler KHK und einer Herzfrequenz > 70 Schlägen pro Minute konnte der I_f-Kanalblocker Ivabradin den primären Endpunkt der Studie aus kardiovaskulärem Tod und nicht tödlichem Herzinfarkt nach 27.8 Monaten nicht günstig beeinflussen (6.8% vs. 6.4%, HR = 1.08, p = 0.20). Bei

Patienten mit Belastungs-Angina trat sogar etwas häufiger ein solches Ereignis auf, nicht jedoch bei beschwerdefreien Patienten.

COOPS-2-Studie: Colchizin verhindert das Post-Perikardiotomie-Syndrom, aber nicht Vorhofflimmern

In einer früheren Studie (COOPS-Studie) konnte gezeigt werden, dass die Gabe von Colchizin 3 Tage nach der Herzoperation das Risiko eines Post-Perikardiotomie-Syndroms günstig beeinflusst. Im Rahmen der COOPS-2-Studie wurde die Substanz randomisiert und Placebo kontrolliert bereits 48 bis 72 Stunden vor der Operation bei 360 Patienten eingesetzt. Unter Colchizin trat das Post-Perikardiotomie-Syndrom bei 19.4%, unter Placebo bei 29.4% der Patienten auf. Die NNT betrug somit 10. Bei den sekundären Endpunkten (postoperatives Vorhofflimmern, Pleura- bzw. Perikarderguss) ergab sich kein signifikanter Unterschied. 20% aller Studienpatienten beendeten die Therapie vorzeitig und bei 14.4% der Patienten in der Colchizin-Gruppe traten gastrointestinale Beschwerden auf.



CONFIRM-Studie: Herzinsuffiziente Patienten profitieren von Eisengabe

304 Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz und einem Eisenmangel (Ferritin <100 ng/ml oder Ferritin 100–300 ng/ml plus Transferrinsättigung <20%) erhielten randomisiert Eisencarboxymaltose i.v. oder Placebo. Die Eisengabe führte bereits nach 6 Wochen zu einer Zunahme der 6-Minuten-Gehstrecke um 18 m, in der Placebo-Gruppe nahm die 6-Minuten-Gehstrecke um 16 m ab. Auch die Symptomatik und die Lebensqualität wurden günstig beeinflusst. Wegen einer kardialen Dekompensation mussten 32 Patienten in der Placebo-Gruppe, aber nur 10 Patienten aus der mit Eisen substituierten Gruppe stationär behandelt werden (HR 0.39; 95% CI 0.19–0.82; $p=0.009$).

BIOSCIENCE-Studie: Biodegradierbarer Stent ist konventionellem DES nicht unterlegen

Im Rahmen dieser Studie wurden 3.139 Koronarstenosen bei 2119 Patienten randomisiert entweder mit einem biodegradierbaren, Sirolimus-beschichteten Stent oder mit einem herkömmlichen Everolimus-beschichteten Stent versorgt. Der kombinierte Endpunkt kardialer Tod, Stenose bezogener Myokardinfarkt und Notwendigkeit einer Stenose bezogenen Revaskularisation trat in der Patientengruppe mit dem biodegradierbaren Stent bei 6.5% der Patienten im Vergleich zu 6.6% beim konventionellen DES auf ($p<0.0004$ für Nicht-Unterlegenheit). Bei STEMI-Patienten wurde der kombinierte Endpunkt mit dem biodegradierbaren Stent in 3.3 %, mit dem Everolimus-Stent in 8.7% der Fälle beobachtet.

STICS-Studie: Perioperative Statintherapie hat keinen Nutzen

1922 Patienten mit einem elektiven herzchirurgischen Eingriff erhielten randomisiert 20 mg Rosuvastatin oder Placebo, beginnend 8 Tage vor dem Eingriff bis 5 Tage danach. Bezüglich Vorhofflimmern und anderer Operationskomplikationen erwies sich das Statin als unwirksam.

X-VerT-Studie: Rivaroxaban auch bei Kardioversion sicher

Im Rahmen einer geplanten Kardioversion erhielten 1002 Patienten mit Vorhofflimmern entweder 20 mg Rivaroxaban einmal täglich

oder den Vitamin K-Antagonisten Warfarin. Die Kardioversion (97.6% elektrisch, 2.4% medikamentös) wurde entweder innerhalb von 5 Tagen nach Dokumentation des Vorhofflimmerns oder erst nach 3-wöchiger Antikoagulation durchgeführt. Der kombinierte Endpunkt aus Schlaganfall oder TIA, peripherer Embolie, Myokardinfarkt und kardiovaskulärem Tod trat bei der frühen Kardioversion unter Rivaroxaban bei 0.71%, unter Warfarin bei 1.08% der Patienten auf. Die Vergleichszahlen bei den erst nach 3 Wochen kardiovertierten Patienten sind 0.24% unter Rivaroxaban vs. 0.93% unter Warfarin.

AMIO CAT-Studie: Amiodaron verhindert Vorhofflimmern-Rezidive in den ersten 3 Monaten nach Katheterablation

212 Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern erhielten randomisiert über 8 Wochen nach der Pulmonalvenenisolation Amiodaron oder Placebo. Nach 6 Monaten fand sich kein Unterschied im Hinblick auf Vorhofflimmern-Rezidive (39% unter Amiodaron vs. 48% unter Placebo, $p=0.18$). Doch innerhalb der ersten 3 Monate, in denen ein Vorhofflimmern-Rezidiv Ausdruck des Heilungsprozesses ist und deshalb nicht als Therapieversagen gilt, konnte Amiodaron das Auftreten von Vorhofflimmern verringern (34% vs. 53%, $p=0.006$). Auch die Hospitalisationsrate ($p=0.006$) und die Rate einer erneuten Kardioversion ($p=0.0004$) wurde reduziert.

STAR AF 2-Studie: Bei persistierendem Vorhofflimmern genügt die Pulmonalvenenisolation

Bei Patienten mit persistierendem Vorhofflimmern wurde die alleinige Pulmonalvenenisolation mit einer erweiterten Ablationsstrategie, d.h. einer zusätzlichen linearen Ablation im Vorhof verglichen. Die Erfolgsrate betrug in beiden Gruppen 97%. Die erweiterte Ablation dauerte allerdings ca. 60 min länger.

▼ Dr. med. Peter Stiefelhagen

Quelle: ESC Congress 2014, Barcelona, 30.8.-3.9.2014