

### **Ältere Patienten mit Karotisstenose: besser nicht mit Stent behandeln**

Ältere Patienten mit symptomatischer Karotisstenose haben eindeutig weniger Komplikationen, wenn sie statt mit Karotis-Stenting mit einer operativen Karotis-Endarteriektomie behandelt werden. Dies folgt aus einer Meta-Analyse von vier Studien, die beide Methoden miteinander verglichen haben.

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Komplikationsraten der Eingriffe in unterschiedlichen Altersgruppen zu vergleichen. In die Meta-Analyse gingen die Daten von 4754 Patienten ein. Von diesen hatten 433 in einer medianen Nachbeobachtungszeit 433 Schlaganfälle erlitten oder sie waren gestorben.

In der Stent-Gruppe zeigte sich, dass Patienten über 65 ein 2,16fach und Patienten über 70 ein 4fach erhöhtes perioperatives Komplikationsrisiko aufwiesen, verglichen mit Patienten unter 60 Jahren. Bei der Endarteriektomie zeigte sich diese Korrelation zwischen Alter und Risiko nicht. Insgesamt war das periprozedurale Komplikationsrisiko in der Stent-Gruppe im Vergleich zur Endarteriektomie-Gruppe um den Faktor 1,61 (Patienten über 65 Jahre) bzw. 2,09 (Patienten über 70 Jahre) erhöht. Auf das postprozedurale Risiko hatte das Alter bei beiden Eingriffen keinen Einfluss.

Quelle: G. Howard, et al.; Lancet 2016; 387: 1305-11

### **Invasive NSTEMI-Therapie ist auch bei 85jährigen die beste Strategie**

Auch bei über 80jährigen Patienten mit einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt oder instabiler Angina pectoris ist eine frühe invasive Therapiestrategie einem konservativen, rein medikamentösen Vorgehen signifikant überlegen. Dies zeigen die Ergebnisse der sog. After-Eight-Study, publiziert in The Lancet. Geriatrische Patienten sind in klinischen Studien in der Regel deutlich unterrepräsentiert. In der Praxis sind sie jedoch Alltag. Vor diesem Hintergrund ist die Studie norwegischer Autoren sehr begrüßenswert. Ihr Kollektiv war im Schnitt 85 Jahre alt. 229 Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ST-Infarkt ausgeschlossen) waren frühzeitig angiographiert und ggf. sofort revascularisiert worden, zusätzlich zu einer optimalen medikamentösen Therapie. Eine Kontrollgruppe von 228 Patienten wurden primär medikamentös behandelt.

Nach einer 1,5jährigen Beobachtungsphase hatten 40,6% der invasiv behandelten sowie 61,4% der konservativ behandelten Patienten einen primären Endpunkt erlitten, bestehend aus Herzinfarkt, notwendiger Revascularisierung, Schlaganfall oder Tod. Einzeln betrachtet zeigten sich signifikante Vorteile für die Endpunkte Herzinfarkt und Revascularisierung sowie ein Trend zu weniger Schlaganfällen und Todesfällen. Blutungskomplikationen waren in der invasiv behandelten Gruppe nicht häufiger.

Quelle: N. Tegn, et al.; Lancet 2016; 387: 1057-65

### **GLP-1-Analoga als Therapie der nicht-alkoholischen Steatohepatitis?**

In einer Phase-2-Studie zeigte das GLP-1-Analogon Liraglutid ermutigende Ergebnisse in der Therapie der nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (NASH). In einer Doppelblindstudie waren 52 entsprechende Patienten ein knappes Jahr lang mit Liraglutid (1,8 mg/d) oder Placebo behandelt worden.

Nach 48 wurde bei den meisten Patienten eine erneute Leberbiopsie durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass 9/23 Patienten (39%) unter Liraglutid die NASH-Kriterien nicht länger vorlagen. Dies war aber nur bei 2/22 (9%) der Patienten in der Kontrollgruppe der Fall. Ein Fortschreiten der der Leberfibrose zeigten 9% der mit Liraglutid und 36% der mit Placebo behandelten Patienten. Diese Ergebnisse geben nun Anlass zu einer definitiven Phase-III-Studie.

Im Tiermodell hatten GLP-1-Angonisten gezeigt, dass sie bei Fettleber den Leberbefund besserten sowie erhöhte Leberenzymwerte und die Insulin-Resistenz reduzieren.

Quelle: M.J. Armstrong, et al.; Lancet 2016; 387: 679-90

### **Renin-Hemmer verliert Vergleich mit ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz**

Der Renin-Inhibitor Aliskiren kann die Therapie der Herzinsuffizienz nicht verbessern. Weder in Monotherapie noch in Kombination mit Enalapril erreicht er die Ergebnisse einer Enalapril-Monotherapie, so das Ergebnis der jetzt publizierten ATMOSPHERE-Studie.

In der Doppelblindstudie waren nahezu 7000 Patienten mit Herzschwäche zwischen den drei Behandlungsoptionen randomisiert und anschliessend 36,6 Monate lang nachbeobachtet worden. Einen primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod oder Krankenhausaufnahme wegen Herzinsuffizienz) hatten 33,8% in der Aliskiren-Gruppe, 34,6% in der Enalapril-Gruppe und 32,9% der Patienten in der Kombinationsgruppe erlitten.

Obwohl die Zahlen recht gleich aussehen, wurde die vordefinierte Schwelle der Nicht-Unterlegenheit nicht erreicht. Gleichzeitig erlitten Patienten in der Kombinationsgruppe mehr Hypotensionen und mehr Erhöhungen von Kreatinin oder Kalium.

Die Publikation ist zumindest ein Beispiel dafür, dass auch negative Studienergebnisse publiziert werden. Der Erstautor Prof. McMurray aus Glasgow hatte inzwischen bereits die PARADIGM-HF-Studie publiziert, die ebenfalls ein Novartis-Medikament (Sacubitril/Valsartan) bei Herzinsuffizienz mit Enalapril verglich und eine Überlegenheit des Prüfmedikamentes gefunden hatte.

Quelle: J.J.V. McMurray, et al.; Aliskiren, Enalapril, or Aliskiren and Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med 2016; 374: 1521-32