

Septischer Schock

## Reanimation auf mittleres Blutdruckniveau von 65 mmHg reicht aus

**Bei Patienten mit septischem Schock reicht es aus, den Patienten so zu behandeln, dass ein mittlerer arterieller Druck von 65–70 mmHg aufrecht erhalten wird. Eine intensivere Therapie mit Zielwerten von 80–85 mmHg bringt keinen Vorteil. Dies zeigte die sog. SEPSISPAM-Studie mit 776 Patienten.**

Leitlinien empfehlen, bei septischem Schock eine initiale Reanimation mit Gabe von Vasopressoren, um einen durchschnittlichen arteriellen Blutdruck über 65 mm Hg zu gewährleisten. Für Patienten mit Atherosklerose und Hypertonie könnten jedoch höhere Druckwerte notwendig sein. Möglicherweise wären etwas höhere Blutdruckwerte auch für die Nierenfunktion vorteilhaft.

Um dies abzuklären, wurden zwei Strategien miteinander verglichen, in denen man bei Patienten mit septischem Schock Blutdruckziele von 65–70 mmHg bzw. 80–85 mmHg anstrebte. Nach 28 Tagen fand sich jedoch kein Unterschied in der Mortalität zwischen den Gruppen: 36,6% der Patienten mit höherem RR-Ziel und 34% der Patienten mit niedrigerem RR-Ziel waren verstorben. Auch nach 90 Tagen war die Sterblichkeit mit 43,8% und 42,3% nicht verschieden.

Nebenwirkungen traten in beiden Gruppen mit gleicher Häufigkeit auf. In der Gruppe mit höherem Blutdruckziel wurde häufiger Vorhofflimmern neu diagnostiziert. Bei niedrigerem Blutdruckziel war häufiger eine Dialysebehandlung notwendig.

WFR

Quelle: P. Asfar, et al. ; N Engl J Med 2014; 370: 1583-93

Chronisch rezidivierende Perikarditis

## Colchicin halbiert Rückfallquote

**Erneut macht der Gicht-Wirkstoff Colchicin als Herzmedikament von sich reden: In einer multizentrischen Doppelblindstudie halbierte er, zusätzlich zu NSAR gegeben, das Rückfall-Risiko von Patienten mit rezidivierender Perikarditis.**

Die Arbeitsgruppe um Dr. Massimo Imazio vom Maria Vittoria Hospital erforscht seit Jahren kardiovaskuläre Indikationsgebiete des Colchicins. Schon früher hatte sie eine akute Wirksamkeit bei der akuten Perikarditis sowie eine Wirksamkeit in der Rezidivprophylaxe nach einem ersten Pericarditis-Rezidiv beschrieben.

In der aktuellen Studie waren nun 240 Patienten, die unter einer chronisch rezidivierenden Perikarditis litten, entweder mit Colchicin oder Placebo behandelt worden, zusätzlich zu Ibuprofen oder Indomethazin. Nach sechs Monaten hatten 24,5% der Patienten der Placebogruppe ein Perikarditis-Rezidiv erlitten, aber nur 21,6% der Patienten in der Colchicin-Gruppe. Dies entspricht einer hochsignifikanten Risikoreduktion um ca. 50%, ähnlich wie bereits in der Studie bei Patienten mit dem ersten Rezidiv. Die Hospitalisierungsrate wegen Pericarditis sank dank Colchicin von 10% auf 1,7%.

„Colchicin sollte als Mittel der Wahl bei akuter bis chronischer Pericarditis betrachtet werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen“, schloss Imazio. Die Verträglichkeit von Colchicin war gut.

WFR

Quelle: American College of Cardiology, 63th Annual Scientific Session, Washington DC, 29-31.03.2014; M. Imazio, et al.; LANCET 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(13)62709-9.

Keine Kardioprotektion

## Metformin ohne Nutzen bei akutem Herzinfarkt

**Das Antidiabetikum Metformin ist nicht geeignet, um bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt den Myokardschaden zu begrenzen, Dies folgt aus einer Studie, die zeitgleich beim ACC 2014 und im US-Ärztblatt JAMA publiziert wurde.**

Eigentlich verwundert es, dass ein Antidiabetikum vor kardiovaskulären Ereignissen schützen soll. Die meisten einschlägigen Diabetes-Studien der jüngsten Zeit hatten diesbezüglich ein negatives Ergebnis erbracht.

In der sog. DIGAMI-2-Studie hingegen hatte eine post-hoc-Analyse einen Hinweis gegeben, dass Diabetes-Patienten mit Herzinfarkt einen prognostischen Vorteil davontrugen, wenn sie mit Metformin behandelt wurden.

Um diesen Befund abzuklären, wurde nun in einer Studie mit 380 Herzinfarktpatienten ohne Diabetes die Wirksamkeit einer Behandlung mit 2x500 mg/d Metformin auf die linksventrikuläre Funktion nach vier Monaten, mittels einer kardialen Magnetresonanztomographie, überprüft. Allerdings zeigte sich kein Unterschied: Die linksventrikuläre Auswurffraktion betrug 53,1% in der Metformin-Gruppe und 54,8% in der Kontrollgruppe. Auch bezüglich des kardialen Biomarker NT-proBNP ergaben sich keine Unterschiede.

WFR

Quelle: American College of Cardiology, 63th Annual Scientific Session, Washington DC, 29-31.03.2014; C.P. Lexis, et al.; JAMA 2014; doi: 10.1001/jama.2014.3315

Diabetes und Übergewicht

## Bariatrische Chirurgie überzeugt mit 3-Jahres-Ergebnissen

**Stark übergewichtige langjährige Diabetiker profitieren nachhaltig von der bariatrischen Chirurgie: Auch drei Jahre nach dem Eingriff weisen sie erheblich bessere Werte für den Blutzucker und das Körpergewicht auf, die Lebensqualität bessert sich deutlich.**

Es gibt Diabetiker, die vom Chirurgen geheilt werden können. Dies legen die Ergebnisse der sog. STAMPEDE-Studie nahe, bei der 150 fettleibige Patienten (BMI im Schnitt 36%) mit unkontrolliertem Typ 2-Diabetes in drei Armen behandelt wurden: Ein Drittel der Patienten wurde intensiv medikamentös behandelt, zwei Drittel wurde laparoskopisch bariatrisch operiert. Bei den Patienten wurde entweder ein Tunnelmagen oder ein Roux-en-Y-Magenbypass angelegt. Primärer Endpunkt war der Anteil der Patienten mit einem HbA1c-Wert unter 6%.

Die Patienten waren im Schnitt nur 49 Jahre alt, zu 68% Frauen, sie litten im Mittel seit acht Jahren an Diabetes und wandelten zu Studienbeginn mit einer manifesten Hyperglykämie (HbA1c im Schnitt bei 9,3%) einher.

Nach drei Jahren wiesen 5% der Patienten in der medikamentösen Kontrollgruppe HbA1c-Werte unter 6% auf. In den chirurgischen

Gruppen waren dies 38% (Bypass) bzw. 24% (Tunnelmagen). Im Schnitt lagen die HbA1c-Werte in den drei Gruppen nach drei Jahren bei 8,4% (Medikamente), 6,7% (Magenbypass) und 7,0% (Tunnelmagen). Dies entspricht einer HbA1c-Senkung um 0,6% in der medikamentösen Gruppe und um 2,5% in den operierten Gruppen.

Auch bezüglich der Nüchtern glukose-Werte profitierten die operierten Patienten deutlicher als diejenigen der medikamentösen Gruppe (100 mg/dl, 106 mg/dl, 132 mg/dl). Die chirurgisch behandelten Patienten benötigten signifikant weniger antidiabetische Medikamente nach drei Jahren.

Eindrucksvoll sind die Effekte auf das Körpergewicht: Während die Patienten der medikamentösen Gruppe immerhin im Schnitt 4,5 kg Gewicht verloren, nahmen die chirurgisch behandelten Patienten im Schnitt 26 kg (Bypass) und 21kg (Tunnelmagen) Körpergewicht ab.

Auch bezüglich der Lebensqualität zeigten die chirurgisch behandelten Patienten bessere Ergebnisse. Spätnebenwirkungen der Operation waren nicht zu vermelden.

▼ WFR

Quelle: Session, Washington DC, 29-31.03.2014; P.R. Schauer, et al.; N Engl J Med 2014; doi: 10.1056/nejmoa1401329



Osteoporosetherapie

## Besser nicht absetzen, wenn Knochendichte gering ist

**Wenn Osteoporose-Patientinnen nach fünfjähriger Bisphosphonat-Therapie eine niedrige Knochendichte aufweisen, sollte die Frakturprophylaxe nicht abgesetzt werden.**

Frauen, die zum Osteoporoseschutz Bisphosphonate einnehmen, wird in letzter Zeit zunehmend eine Therapie-Unterbrechung nach 4–5 Jahren empfohlen. Hier scheint jedoch Vorsicht bei älteren Patientinnen mit niedriger Knochendichte vor dem beabsichtigten Absetztermin geboten: Sie haben ein hohes Risiko für einen Knochenbruch. Ein Knochendichte-Monitoring nach dem Absetzen hat hingegen keinen Wert und kann nicht empfohlen werden.

Dies sind die wesentlichen Ergebnisse der prospektiven FLEX-Studie (Fracture Intervention Trial Long-term Extension). Diese basiert auf der sog. FIT-Studie, die den Nutzen einer Alendronat-Behandlung in der Osteoporose-Prophylaxe sicherte. Anschlies-

send war man der Frage nachgegangen, ob eine Weiterbehandlung über die ersten fünf Jahre Sinn macht. Dabei hatte sich gezeigt, dass die fortgesetzte Behandlung nur vor Wirbelfrakturen schützte, nicht jedoch vor Hüftfrakturen. Neue Wirbelfrakturen waren vor allem im ersten Jahr nach dem Absetzen aufgetreten.

Die jetzt publizierte Studie ging der Frage nach, ob sich dieses Frakturrisiko vorhersehen lässt. Als stärkster Prädiktor erwiesen sich dabei die DXA-Werte zum Zeitpunkt des Absetzens im Oberschenkelhals: Niedrige Werte signalisierten eine Verdopplung des Frakturrisikos. 94 der 437 Patienten der Placebogruppe (22%) hatten in den fünf Jahren nach dem Absetzen der Osteoporose-Prophylaxe eine oder mehrere symptomatische Frakturen erlitten.

▼ WFR

Quelle: D. C. Bauer, et al.; JAMA Intern Med 2014; doi: 10.1001/jamainternmed.2014.1232