

Auch bei Gesunden

## Anstieg der Herzfrequenz erhöht KHK-Risiko

**Ein Anstieg der Herzfrequenz über die Zeit erhöht bei kardial gesunden Personen die Risiken für KHK-Ereignisse und einen vorzeitigen Tod.**

Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass eine schnellere Herzfrequenz die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität in der Allgemeinbevölkerung ansteigen lässt. Auch bei KHK-Patienten verschlechtert ein schneller Puls die Prognose. Grundsätzlich ist die Herzfrequenz aber beeinflussbar, z.B. durch Erhöhung der körperlichen Fitness oder aber durch Medikamente.

In der vorliegenden Studie ist prospektiv untersucht worden, ob ein Anstieg der Herzfrequenz im Laufe der Zeit einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Studienteilnehmer waren knapp 30'000 Personen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen in Norwegen. Bei diesen war zweimal im Abstand von 10 Jahren die Herzfrequenz ermittelt worden. Anschließend wurden die Personen weitere 12 Jahre nachverfolgt.

In dieser Zeit starben 3038 Studienteilnehmer. In 388 Fällen war eine KHK die Todesursache. Personen, bei denen die Pulsfrequenz bei beiden Messungen unter 70 pro Minute lag, hatten ein Risiko an einer KHK zu versterben von 8,2/100'000 Personennjahre. Personen, bei denen die Pulsfrequenz bei der zweiten Messung über 85 pro



Minute lag, hatten ein KHK-Sterberisiko von über 17/100'000 Personennjahre. Dabei spielte es keine Rolle, ob der Puls bei der ersten Messung noch unter 70/min oder aber zwischen 70 und 85/min gelegen hatte. Auch die Gesamtmortalität stieg an, wenn sich der Puls im Laufe der Zeit beschleunigt hatte. Allerdings war die Assoziation schwächer als bei der KHK-Mortalität.

▼ WFR

Quelle: Nauman J. et al.; Temporal changes in resting heart rate and deaths from ischemic heart disease. JAMA 2011; 306(23): 2579-25873

Hypertonie behandeln

## Diuretika-Therapie verlängert das Leben

**Eine Langzeit-Nachbeobachtung der SHEP-Studie fördert zutage, dass Chlorthalidon bei isoliert systolischer Hypertonie nicht nur kardiovaskuläre Ereignisse verhindert, sondern auch das Leben verlängert.**

In der in den Jahren 1985 bis 1990 durchgeführten SHEP-Studie (Systolic Hypertension in the Elderly Program) war der therapeutische Effekt einer antihypertensiven Therapie bei älteren Patienten (über 60 Jahre) mit isolierter systolischer Hypertonie untersucht worden. Nach einer durchschnittlichen Behandlung über 4,5 Jahre hatte die Therapie auf Basis des Diuretikums Chlorthalidon das Risiko für Herzinsuffizienz halbiert, dasjenige für Schlaganfälle um ein Drittel reduziert und jenes für KHK-Komplikationen um 25% gesenkt. Auch die Gesamt- sowie die kardiovaskuläre Sterblichkeit schien sich zu verbessern, doch waren hier die Unterschiede nicht statistisch signifikant. Nach Beendigung der

Studie war allen Patienten die Weiterbehandlung mit der aktiven Therapie empfohlen worden.

Autoren haben nun untersucht, ob die um 4,5 Jahre frühere antihypertensive Behandlung auf lange Sicht das Leben verlängert hat. Sie werteten dazu Sterberegister der Patienten aus. Die durchschnittliche Beobachtungszeit zwischen Studienbeginn und Auswertung betrug nahezu 22 Jahre.

Wie sich zeigte, lebten die Patienten der Verumgruppe insgesamt 105 Tage länger als die Patienten der Kontrollgruppe. Das heisst: Jeder Therapiemonat verlängerte das Leben um einen Tag. Bei reiner Betrachtung kardiovaskulärer Todesfälle verlängerte die Behandlung das Leben sogar um 158 Tage.

▼ WFR

Quelle: Kostis et al.; Association between Chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival. JAMA 2011; 306 (23): 2588-2593

Hüft- und Kniegelenksersatz

# Wie häufig sind Thromboembolien unter optimaler Prophylaxe?



**Ein Patient von 100 nach Kniegelenksersatz sowie ein Patient von 200 nach Hüftgelenksersatz erleidet während des stationären Aufenthaltes eine symptomatische thromboembolische Komplikation unter leitliniengerechter Thromboseprophylaxe.**

Die Autoren der vorliegenden Arbeit haben sich die Mühe gemacht, die Rate symptomatischer thromboembolischer Komplikationen unter Thromboseprophylaxe nach komplettem oder partiellem Knie- und Hüftgelenksersatz zu untersuchen. Sie identifizierten dazu 47 Studien mit 44'800 Patienten. Die Thromboseprophylaxe war entweder mit niedermolekularem Heparin, einem s.c.-Faktor Xa-Inhibitor, oder mit oralen direkten Inhibitoren der Faktoren Xa oder IIa durch-

geführt worden. Die mediane Hospitalisierung nach dem Gelenkersatz lag jeweils bei 13 Tagen. Die Rate postoperativer thromboembolischer Ereignisse betrug 1,09% nach Knieoperationen sowie 0,53% nach Hüftoperationen. 0,27% der Patienten nach Knieersatz sowie 0,14% der Patienten nach Hüftersatz erlitten eine pulmonale Embolie. Da die meisten Studien das Thromboembolie-Risiko innerhalb von drei Monaten nach Hüft- und Knieersatz mit 2-5% bzw. 2-3% beschreiben, wird somit deutlich, dass die Mehrzahl dieser Komplikationen in der poststationären Phase auftreten.

▼ WFR

Quelle: Januel J.-M. et al. ; Symptomatic In-Hospital Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism Following Hip and Knee Arthroplasty Among Patients Receiving Recommended Prophylaxis: A Systematic Review. JAMA 2012; 307(3): 294-303

Brustkrebs

## Schon wenig Alkohol erhöht das Risiko

**Regelmässiger Alkoholkonsum in kleinen Mengen von einem halben bis einem Drink pro Tag erhöht das Brustkrebsrisiko in geringem, aber statistisch signifikantem Ausmass.**

Es gibt eine Reihe von Studien, die eine Assoziation zwischen regelmässigem Alkoholkonsum und dem Brustkrebsrisiko aufgezeigt haben. Weniger bekannt ist, ob bereits geringe Alkoholmengen das Mammakarzinom-Risiko erhöhen.

Autoren der Nurses Health Study sind dieser Frage in einer prospektiven Beobachtungsstudie mit 106'000 Frauen auf den Grund gegangen, die von 1980 bis 2008 beobachtet wurden. Zu neun verschiedenen Zeitpunkten war der Alkoholkonsum der Frauen evaluiert worden.

Nach insgesamt 2,4 Millionen Personenjahren waren 7690 Brustkrebsfälle aufgetreten. Es zeigte sich, dass bereits sehr moderater Alkoholkonsum von 5 bis 10 Gramm pro Tag, entsprechend einem halben bis einem Glas täglich, das Brustkrebsrisiko statistisch signifikant um 15% erhöhte. Dabei spielte es keine Rolle, ob früher oder später mit dem Trinken begonnen wurde. Tröstlich stimmt, dass ein relativ geringes Risiko nur geringgradig erhöht wurde. So mag jeder selbst entscheiden, ob er aus Gründen der Krebsprävention komplett auf alkoholische Getränke verzichten mag.

▼ WFR

Quelle: Chen W.Y. et al.; Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and Breast Cancer Risk. JAMA 2011; 306(17): 1884-1890

Bronchialkrebsprävention

## Thorax-Röntgen senkt Mortalität nicht

**Einer randomisierten Studie mit 155'000 Personen zufolge haben regelmässige Röntgen-Screening-Untersuchungen des Thorax keinen Einfluss auf die Lungenkrebsmortalität.**

Im Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Randomized Trial (PLCO) wird in den USA der Wert von Screening-Untersuchungen im Hinblick auf verschiedene Tumorarten untersucht. In der Zeitschrift JAMA wurden nun die Ergebnisse bezüglich des Bronchialkarzinoms publiziert. Teilnehmer waren 155'000 Personen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren. Der Hälfte der Patienten wurden vier Röntgenthorax-Untersuchungen in einer Ebene im Laufe von vier Jahren angeboten. Etwas mehr als 80% der Patienten in der Interventionsgruppe nahm dieses Angebot wahr. 11% der Kontrollgruppe erhielt ebenfalls ein Screening.

Im Laufe der Nachbeobachtungszeit von durchschnittlich 13 Jahren betrug die Bronchial-Ca-Inzidenz in der Interventionsgruppe 20,1/10'000 Personenjahre und 19,2/10'000 in der Kontrollgruppe. 1213 bzw. 1230 Patienten starben am Lungenkarzinom. Tumorstadium und Histologie waren ebenfalls in beiden Gruppen gleich. Fazit: Die reine postero-anteriore Röntgen-Screening-Untersuchung des Thorax ist nicht geeignet, um Menschen vor tödlichem Lungenkrebs zu schützen.

▼ WFR

Quelle: Oken M.M. et al.; Screening by chest radiograph and lung cancer mortality. JAMA 2011; 306(17): 1865-1873