Periskop

Vorhofflimmern: **Rhythmus- oder Frequenzkontrolle?** Zwei grosse klinische Studien an über 4000 bzw. über 500 Patienten mit Vorhofflimmern und Hinweisen (grosser linker Vorhof, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) auf mögliches bzw. Vorgeschichte von rezidivierendem Vorhofflimmern dürften die Therapie dieser häufigen Arrhythmie ändern: Rhythmuskontrolle (medikamentös oder durch Kardioversion) bringt keinen Überlebensvorteil, wohl aber mehr unerwünschte Nebenwirkungen als Frequenzkontrolle (Betablocker, Kalziumkanal-Blocker, Digoxin). Unbestritten bleibt die Antikoagulation dieser Hochrisikopatienten. – Die Nachtigall … singt alte, liebe Lieder! – *AFFIRM-Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. – Van Gelder I, et al. A comparison of … in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347: 1834–40.*

Herztransplantationen haben eine beträchtliche Frühmortalität. Das Register der internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation, das 60 000 Herztransplantate übersieht, berichtet, dass 15–20% der Empfänger innerhalb des ersten Jahres nach der Operation sterben; danach liegt die Mortalität für 18 Jahre bei 4%, so dass 50% nach 10 und 15% nach 20 Jahren überleben. Risikofaktoren sind hohes Alter, Operation bei mechanischem Support und hoher pulmonal-vaskulärer Strömungswiderstand – und der Zustand des Spenderherzens. Über 90% der Überlebenden sind NYHA I und II und rapportieren «minimale Einschränkung der Aktivität» – werden aber nie ein normales Leben führen: Transplantation allein kann nicht die Lösung sein! – Gut gebrüllt, Löwe. – *Anyanwu A, Treasure T. Prognosis after heart transplantation: transplants alone cannot be the solution for end stage heart failure. BMJ 2003;326:509–10.*

Niedrig dosiertes Warfarin gegen tiefe Venenthrombose – eine Studie, die vor der definitiven Publikation im Internet veröffentlicht wird: Nach 6,5 Monaten Antikoagulation erhielten die Patienten randomisiert Plazebo oder Warfarin (INR 1,5–2,0). Von 253 mit Plazebo behandelten Patienten hatten 37 Rezidive (7,2 auf 100 Personenjahre) – verglichen mit 14 von 255 Patienten, die niedrig dosiertes Warfarin erhielten – eine Risikoreduktion von 64%. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Studie abgebrochen, nachdem 508 Patienten bis zu 4,3 Jahre, im Mittel 2,1 Jahre, behandelt worden waren. 2 Patienten unter Plazebo und 5 Patienten unter «low dose»-Warfarin entwickelten eine signifikante Haemorrhagie. Warfarin ist sicher, hochwirksam – und billig! – *Gottlieb S. Long term, low intensity warfarin helps against deep vein thrombosis. BMJ 2003;326:516 (Ridker P. www.nejm.com).*

Elektroschock (ECT) **und Depression** – nach wie vor umstritten und die Meinungen der Spezialisten gehen auseinander: von mutmasslicher Unwirksamkeit und sicherer Hirnschädigung bis zur «einzig effektiven Therapie ist die Psychiatrie». In einer Metaanalyse wurden depressive Symptome, kognitive Funktion und Mortalität als Folge der ECT berücksichtigt. Tatsächlich: ETC erwies sich als eindeutig besser als simulierte ETC; Behandlung mit ETC war besser als Pharmakotherapie, bilaterale ist mässig besser als unilaterale ETC und «high dose» ist besser als «low dose». Allerdings ist ETC mit stärkeren Gedächtnislücken verbunden als simulierte ETC oder Pharmakotherapie. ETC ist eine wichtige Behandlungsoption – vorausgesetzt, dass sie richtig praktiziert wird! – *The UK ETC Review group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and metaanalysis. Lancet 2003;361:799–808.*

Wieder ein ganzer Mann! 60–70% der ca. 70% Therapieabbrüche im Rahmen ambulanter antidepressiver Therapie gehen zurück auf therapiebedingte sexuelle Dysfunktion, Gewichtszunahme oder Schlafstörungen – bei den Gesamtkosten depressiver Erkrankungen von jährlich 65 Milliarden US $ in den USA ein folgenschweres Problem! Was tun? – In einer prospektiven klinischen Studie wurden 90 Männer im mittleren Alter von 45 Jahren, in Remission einer schweren Depression unter **antidepressiver Behandlung** während 6 Wochen randomisiert mit **Sildenafil** (Viagra®) oder Plazebo behandelt. Und – «sure enough» – in der Verumgruppe resultierte eine bedeutende Verbesserung der erektilen Funktion, der «overall satisfaction» und anderer Aspekte. Das sollte genügen, um die Compliance depressiver Männer zu verbessern. – *Nurnberg HG, et al. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil. JAMA 2003;289: 56–64.*