

# Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

## Akuter Gichtanfall: nichtsteroidale Antirheumatika oder Steroide?

### Fragestellung

Ein akuter Gichtanfall, eine der häufigsten Formen akuter Arthritis, ist durch Natriumuratkristalle bedingt. Je nach untersuchter Population (kaukasisch, chinesisch oder afrikanisch) liegt die Inzidenz bei 1–3%. Die starken Schmerzen und roten, geschwollenen Gelenke mit glänzender Haut sind allgemein bekannt. Frühere Autoren beschreiben selbst die Berührung des Bettlakens als unerträglich. Die *European League Against Rheumatism* (EULAR) empfiehlt ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) und Colchicin (C) als Medikamente erster Wahl. Beide sind jedoch nicht ohne Nebenwirkungen und C ist in der Schweiz nicht mehr auf dem Markt. In Grossbritannien werden Steroide nur empfohlen, wenn NSAR und C kontraindiziert sind. Aufgrund zweier kleiner randomisierter Studien empfiehlt das *American College of Rheumatology* die Behandlung mit Steroiden, kombiniert mit einem NSAR oder C. Die nachfolgend zusammengefasste Studie mit einer grossen Patientenzahl soll folgende Frage beantworten: Welches Medikament lindert bei einem akuten Gichtanfall die Schmerzen wirksamer, ein NSAR oder ein Steroid?

### Methode

Die Studie wurde in vier Notfallzentren in Hongkong durchgeführt. Die Patienten wur-

den eingeschlossen, wenn sie innerhalb von drei Tagen nach Beginn des wie folgt klinisch diagnostizierten Gichtanfalls vorstellig wurden: maximale Schmerzintensität des betroffenen Gelenks innerhalb von 6–12 Stunden mit Schwellung und Rötung. Dabei gab es drei Evidenzklassen: 1) Bestätigte Diagnose durch klassisches Podagra, 2) Betroffenheit eines anderen Gelenks (Knie, Knöchel, Hand oder Ellenbogen) mit Gichttophi oder 3) anamnestisch bekannter Nachweis von Uratkristallen bei früherer Gelenkpunktion. Hauptausschlusskriterium war ein Verdacht auf septische Arthritis. Die Patienten wurden im Verhältnis von 1:1 randomisiert und erhielten doppelt verblindet entweder 2 Tage lang 3× tägl. 50 mg und anschliessend 3 Tage lang 3× tägl. 25 mg Indometacin oder 5 Tage lang 30 mg Prednisolon (P). Primärer Endpunkt waren die Gelenkschmerzen im Ruhezustand und bei Bewegung auf einer Analogskala von 0–100 mm. Ersterer wurde 30, 60, 90 und 120 Minuten nach der Einnahme des Medikaments noch im Notfallzentrum beurteilt. In den darauffolgenden 14 Tagen schätzten die Patienten ihre Schmerzen selbst ein.

### Resultate

376 Patienten wurden gemäss Studienprotokoll eingeschlossen, davon waren in der NSAR-Gruppe 80% und in der P-Gruppe 70% männlich. Ihr Durchschnittsalter betrug 65 Jahre. Die Schmerzlinderung war in beiden Gruppen identisch mit –10 mm im Ruhezustand und

–20 mm bei Bewegung im Notfallzentrum sowie mit –25 mm in Ruhe und –45 mm bei Bewegung in den darauffolgenden 14 Tagen. Nebenwirkungen (Übelkeit und Müdigkeit) traten häufiger in der NSAR-Gruppe auf.

### Probleme

Die Gichtdiagnosen waren mehrheitlich klinisch. Die Wahl des NSAR ist zu hinterfragen, da Indometacin nicht gerade gut verträglich ist. Man könnte das Fehlen einer C-Gruppe bemängeln. Denn C hemmt die Phagozytose der Uratkristalle durch die Neutrophilen, verringert die Milchsäureproduktion und kann in manchen Fällen die Schmerzintensität auf spektakuläre Weise lindern.

### Kommentar

Die relativ grosse Studie zeigt auf, dass man beide Medikamentenarten wählen kann, da diese gleich wirksam sind, mit Ausnahme etwas häufigerer Nebenwirkungen des NSAR. Somit richtet sich die Behandlungswahl eher nach den Komorbiditäten des Patienten: bei Niereninsuffizienz wäre z.B. P, bei Diabetes eher ein NSAR angezeigt. Nichtsdestotrotz ist auf die bemerkenswerte Wirkung von C hinzuweisen, wenn dieses lege artis verordnet wird und die Apotheker keine Probleme mit der Beschaffung haben (in der Westschweiz ist es auf jeden Fall aus Frankreich unter dem Namen Opocalcium® beziehbar).  
*Rainer TH, et al. Ann Intern Med. 2016;164:464–71.*

## Aortokoronarer Bypass bei Patienten mit ischämischer Herzkrankheit

Es existieren keine Daten zum Nutzen eines aortokoronaren Bypass (ACB) zusätzlich zur medikamentösen Behandlung im Vergleich zur medikamentösen Behandlung allein bei Patienten mit Herzinsuffizienz und systolischer Dysfunktion der linken Herzkammer. >1200 Patienten mit einer Ejektionsfraktion von <35% und einer operablen koronaren Herzkrankheit erhielten einen ACB + eine medikamentöse Behandlung oder eine medikamentöse Behandlung allein. Das Follow-up betrug 10 Jahre. Die Risk Ratio für die Gesamtmortalität betrug bei den Operierten 0,84 (p = 0,02) im Vergleich zur Gruppe mit medikamentöser Therapie. Auch kardiovaskuläre Todesfälle traten in der Gruppe der Operierten seltener auf. Die Unterschiede sind zwar gering, aber dennoch vorhanden ...  
*Velasquez EJ, et al. N Engl J Med. 2016;374:1511–20.*

## Arterienverkalkungen bei Mammographie: assoziierte koronare Herzkrankheit?

Es ist bekannt, dass bei der Mammographie entdeckte Brustarterienverkalkungen (BAV) mit Koronarverkalkungen (KV) im CT korrelieren; wie eng, ist jedoch wenig bekannt. Von 292 asymptomatischen Frauen (im Schnitt 61 Jahre alt) wurden bei 42,5% BAV entdeckt und anhand einer Skala von 0–12, die auch bei KV verwendet wird, stratifiziert. Die Odds Ratio für KV >0 betrug bei einem BAV-Score von 4–12 Punkten 3,2. Das kardiovaskuläre Risiko nach Framingham-Index (gering, mittel, hoch) war bei 57% der Probandinnen mit dem Score für KV und bei 55% mit dem BAV-Score korreliert. Fazit: Sind BAV sichtbar, ist aufgrund der engen Korrelation, selbst bei asymptomatischen Frauen u.U. eine zugrunde liegende koronare Herzkrankheit zu vermuten.  
*Margolis L, et al. JACC Cardiovasc Imaging. 2016;9(4):350–60.*

## TIA und Minor Stroke: Spezialbehandlung?

Das Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall in den 3 Monaten nach transitorischer ischämischer Attacke (TIA) oder Minor Stroke (MS) wird auf 12–30% geschätzt. In dieser Studie wurden fast 4800 Patienten mit vor <7 Tagen aufgetretenen TIA oder MS in auf Schlaganfälle spezialisierten Abteilungen behandelt. Untersucht wurde ein kombinierter Endpunkt aus akutem Koronarsyndrom oder kardiovaskulär bedingtem Tod. Die Schlaganfallrate an Tag 1, 7, 30, 90 und 365 betrug 1,5, 2,1, 2,8, 3,7 bzw. 5,1%. Das ist deutlich geringer als in Vorgängerstudien und das ist gut so. Muss man also hochspezialisiert sein, um anhand bildgebender Verfahren nach einer TIA- oder MS-Episode erfolgreich eine duale Thrombozytenaggregationshemmung oder Antikoagulation bei permanentem Vorhofflimmern zu verordnen? Eine berechtigte Frage ...  
*Amarencu P, et al. N Engl J Med. 2016;374:1533–42.*