

Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion: eine neue innovative Behandlung?

Fragestellung

In den letzten Jahren hat die medizinische Behandlung von Herzinsuffizienz enorme Fortschritte gemacht. Dennoch verschlechtert sich die Erkrankung bei vielen Patienten unaufhaltsam und diese leiden an starken Symptomen. Ihr Leben ist geprägt von Spitalweisungen und ihre Sterblichkeit sehr hoch. Man weiss, dass 90% der mit Anzeichen für eine Lungenstauung ins Spital eingelieferten Patienten einen erhöhten Druck im linken Ventrikel aufweisen. Diuretika sind die Behandlung erster Wahl, man bewegt sich jedoch auf einem schmalen Grat und die Patienten müssen eng überwacht werden. Es wäre logisch, den Ventrikeldruck mittels eines im Herzseptum angebrachten Einwegventils zu senken, indem ein Shunt zwischen linkem und rechtem Ventrikel angelegt wird. Ein solches Ventil, das an Schafen getestet wurde, gibt es bereits (V-Wave). Dieses kann mittels Venenkatheter transfemorale implantiert werden. Welche Wirkung hat es beim Menschen?

Methode

Bei der kanadischen Studie handelt es sich um eine Konzeptprüfungsstudie. Die Patienten

waren >18 Jahre alt, litten trotz optimaler medikamentöser Behandlung an einer schweren Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse III–IV mit einer Ejektionsfraktion des linken Ventrikels von $\leq 40\%$ und ohne Dysfunktion des rechten Ventrikels. Der Druck im linken Ventrikel betrug ≥ 15 mm Hg. Vor der Implantation des Ventils absolvierten die Patienten den 6-Minuten-Gehtest, einen Test zum körperlichen Leistungsvermögen (DASI) und einen Test zur Lebensqualität (KCCQ, Punkte-Skala von 0–100). Bei Studieneinschluss wurde das pro-BNP bestimmt. Ausgeschlossen wurden Patienten mit vorherigem Schlaganfall, schwerer Mitralklappeninsuffizienz oder permeablem Foramen ovale.

Resultate

Zehn Patienten wurde das Ventil in Vollnarkose in weniger als einer Stunde implantiert. Alle hatten zuvor bereits ein Defibrillator erhalten. Nach dem Eingriff nahmen die Patienten mindestens drei Monate lang Antikoagulantien und dauerhaft Acetylsalicylsäure ein. Vor der Implantation des Ventils betrug ihre Ejektionsfraktion 25% und ihr Herzindex $2,2$ l/min/m². Drei Monate später hatten sich 8 Patienten von NYHA-Klasse III–IV auf I–II verbessert. Der Lungenkapillardruck (Auswirkung des erhöhten Drucks im linken Ventrikel) war von 23 auf 17 mm Hg gesunken und der Herzindex von $2,1$ auf $2,6$ l/min/m² gestiegen. Die Geh-

strecke hatte sich von 244 auf 319 m verlängert. Der Test zur Lebensqualität hatte sich mit einem Anstieg von 45 auf 80 Punkte ebenso wie der DASI-Score zum körperlichen Leistungsvermögen stark verbessert. Merkwürdigerweise hatte sich das pro-BNP nicht verändert, wahrscheinlich weil 70% der Patienten unter Vorhofflimmern litten.

Probleme

Die Studie war zwangsläufig sehr klein und unverblindet. Es gab keine Kontrollgruppe mit Scheineingriff. Das Follow-up war kurz.

Kommentar

Vielleicht läutet diese Studie eine neue Ära in der Behandlung schwerer Herzinsuffizienz nach Nichtansprechen einer medikamentösen Therapie unter Höchstdosis ein. Übrigens waren nach drei Monaten alle Ventile durchlässig. Es gab keine thromboembolischen Ereignisse. Natürlich können aufgrund des kurzen Follow-up keine Aussagen über die Langzeitsterblichkeit getroffen werden. In derselben Lancet-Ausgabe (S. 1298) zeigt eine Studie mit einem anderen Ventil bei Patienten mit Herzinsuffizienz und erhaltener Ejektionsfraktion (diastolische Herzinsuffizienz) ebenfalls gute Resultate. In einigen Jahren wissen wir mehr, doch allein die innovative Technik war eine Zusammenfassung wert! *Del Trigo M, et al. Lancet. 2016;387:1290–7.*

Vaginitis mit *Candida albicans*: Vorsicht bei Schwangeren!

Die Einnahme von 150–300 mg Fluconazol (Diflucan®) im ersten Schwangerschaftstrimester erhöht laut einer dänischen Studie das Fehlgeburtsrisiko mit einer Risk Ratio von 1,5. Ferner können hohe Dosen während des ersten Trimesters eine teratogene Wirkung haben. *Physician's First Watch, 27 April 2016, nach Mølgaard-Nielsen D, et al. JAMA. 2016;315:58–67.*

Alter und Schlaganfallrisiko im Zusammenhang mit Karotisendarterektomie oder Stentimplantation

Eine Metaanalyse von vier Studien hat das postinterventionelle Schlaganfallrisiko bei Patienten mit symptomatischer Karotisstenose untersucht. >4700 Patienten wurden randomisiert und erhielten einen Stent oder eine Endarteriektomie. Das Follow-up betrug 2,7 Jahre. 65–69-jährige Patienten mit Stent hatten im

Vergleich zu <60-jährigen Patienten eine Risk Ratio von 2,6 für Schlaganfall oder Tod. Bei >70-jährigen Patienten lag diese bei 4. Bei Patienten mit Endarteriektomie gab es hingegen keine altersbezogene Erhöhung der Risk Ratio. Die Risk Ratio von Stent vs. Endarteriektomie betrug für 65–69-jährige 1,6 und für 70–74-jährige 2,09. Fazit: Bei 70–74-jährigen Patienten ist die Endarteriektomie eindeutig überlegen ... *Howard G, et al. Lancet. 2016;387:1305–11.*

Vareniclin (Champix®) und Bupropion (Zyban®): psychiatrische Probleme?

8100 Patienten, die mit dem Rauchen aufhören wollten, erhielten 12 Wochen lang entweder Vareniclin, Bupropion, ein Nikotinpflaster oder ein Plazebo. Die Studie wurde auf Antrag der FDA von der Industrie finanziert. Primärer Endpunkt war das Auftreten neuropsychiatrischer Ereignisse. Vareniclin war die wirksamste Behandlung im Vergleich zu Plazebo,

gefolgt von Bupropion und Nikotinpflaster. Bezüglich des Auftretens psychiatrischer Ereignisse gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen mit 2,4% unter Plazebo und erstaunlicherweise 1,3% unter Vareniclin. *Physician's First Watch, 25 April 2016, nach Anthenelli RM, et al. Lancet. 2016;387:2507–20.*

Gastroenteritis bei Kindern: Apfelsaft?

Eine Studie im JAMA hat gezeigt, dass bei Kindern (n = 650) mit leichter Gastroenteritis um 50% verdünnter Apfelsaft einer Elektrolytlösung überlegen war. Von den Kindern, die verdünnten Apfelsaft einnahmen, sprachen 17% nicht auf die Behandlung an, gegenüber 25% unter Elektrolytlösung. Lediglich 1% der Kinder in der Apfelsaftgruppe musste intravenös rehydriert werden, gegenüber 7% in der Elektrolytgruppe. Und billiger ist es auch noch ... *Physician's First Watch, 2 May 2016, nach Freedman SB, et al. JAMA. 2016;315:1966–74.*