

Herz-Kreislauf-Patienten mit sexueller Dysfunktion:

Bedenken zerstreuen

Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko haben ohnehin schon häufigere Erektionsprobleme. Hinzu kommt bei vielen die Furcht, dass diese durch die verschriebenen Medikamente noch verstärkt werden. Eine systematische Analyse der Literatur gibt jetzt jedoch Entwarnung. Die Autoren fanden 5 epidemiologische Studien, die die Auswirkungen verschiedener Herz-Kreislauf-Medikamente auf die Erektionsfähigkeit untersuchten. 8 Studien befassten sich mit dem Effekt von Betablockern, 5 Studien mit ACE-Hemmern oder Angiotensinrezeptorblockern (ARB) und 1 mit Diuretika. Die Ergebnisse all dieser Untersuchungen zeigen, dass nur Thiazide und Betablocker (ausser Nebivolol) die erektile Funktion negativ beeinflussen können. Von

ACE-Hemmern und ARB wird hingegen berichtet, dass sie keine relevanten Auswirkungen oder sogar einen posi-



ven Effekt auf die Erektionsfähigkeit haben. Die Autoren diskutieren als Schlussfolgerung ihrer Erhebung, dass unangebrachte Bedenken von Patienten gegenüber den ihnen verschriebenen kardiovaskulären Wirkstoffen den Einsatz dieser wichtigen Medikamente gerade bei jenen behindern könnten, die sie am nötigsten haben. Sie sehen es daher als Aufgabe der behandelnden Ärzte, den Patienten das notwendige Wissen über die Auswirkungen der Therapie zu vermitteln und dabei auch zu erwähnen, dass eine gute Adhärenz gegenüber evidenzbasierten Pharmakotherapien auch auf das Sexualleben günstige Auswirkungen haben kann.

H.B.❖

Quelle:

Baumhake M et al. Cardiovascular risk, drugs and erectile function – a systematic analysis. *Int J Clin Pract.* 2011; 65(3): 289–298.
doi: 10.1111/j.1742-1241.2010.02563.x.

Zwei neue Fallkontrollstudien:

Besser doch keine oralen Kontrazeptiva mit Drospirenon als Gestagen

Letztes Jahr hatte die Meldung Ärzte und Patientinnen aufgeschreckt, dass möglicherweise orale Kontrazeptiva mit dem synthetischen Gestagen Drospirenon (Angeliq®, Yasmin®, Yasminelle®, YAZ®) mit einem höheren Risiko für Thromboembolien einhergehen. Die Herstellerfirma Bayer stellte dies mit Hinweis auf eigene Studien in Abrede. Nun sind im «British Medical Journal» zwei neue, eingebettete Fallkontrollstudien publiziert worden, welche diese Bedenken stützen. In der ersten Studie, die anhand von elektronischen Krankenakten britischer Hausärzte durchgeführt wurde, standen 61 Fälle einer idiopathischen venösen Thromboembolie zur Verfügung, denen 215 Kontrollen aus der gleichen Daten-

bank gegenübergestellt wurden (1). Die Analyse ergab eine Odds Ratio (OR) von 3,3 (95%-Konfidenzintervall [KI] 1,4–7,6), somit ein gut dreifach erhöhtes Risiko. Die Autorin berechnet, dass auf 100 000 Frauen, die ein drospirenonhaltiges orales Kontrazeptivum anwenden, pro Jahr 23 nicht tödliche venöse Thromboembolien auftreten. Im Vergleich dazu wären es unter den Anwenderinnen von Levonorgestrelpillen (Microgynon® u.a.) 9,1 Ereignisse auf 100 000 Patientinnen pro Jahr. Die zweite Studie verwendet Abrechnungsdaten aus den USA und stellt 186 neue idiopathische Fälle 681 Kontrollen gegenüber. Die OR war mit 2,3 (95%-KI 1,6–3,2) etwas niedriger. Die Inzidenzrate für nicht tödliche

venöse Thromboembolien nimmt gegenüber Levonorgestrelanwenderinnen von 12,5 auf 30,8 pro 100 000 Anwenderinnenjahre zu. Ein begleitendes Editorial findet auch in diesen Studien gewisse Mängel und hält die Datenlage daher auch jetzt noch für nicht vollends schlüssig. Dennoch glaubt der Autor des Editorials, dass Anlass genug besteht, Alternativen unter den Kontrazeptiva mit dem Gestagen Levonorgestrel zu berücksichtigen, sofern keine entsprechenden Kontraindikationen vorliegen. Eindeutige Indikationen für Drospirenon wie Akne oder prämenstruelle dysphorische Störung sind nach seiner Einschätzung jedenfalls selten. Die Herstellerfirma hält an ihrer positiven Einschätzung der drospirenonhaltigen Präparate ausdrücklich fest.

H.B.❖

Quellen:

1. *BMJ* 2011; 342: d2139
2. *BMJ* 2011; 342: d2151
3. *BMJ* 2011; 342: d2519

Salzarme Ernährung ohne gesundheitlichen Nutzen?

Eine Beobachtungsstudie weckt Zweifel, ist jedoch methodisch angreifbar

Hoher Salzkonsum ist ein Risikofaktor für die arterielle Hypertonie, Kochsalzrestriktion senkt den systolischen und diastolischen Blutdruck bei Hypertonikern. Diese Annahmen sind spätestens seit Veröffentlichung der DASH-Studie (Dietary Approaches to Stop Hypertension) Standard und finden sich auch in den einschlägigen Guidelines wieder. Eine belastbare Untersuchung zur Frage, ob Salzrestriktion langfristig den Blutdruck senkt und Folgekrankheiten einer Hypertonie zu verhindern hilft, existiert aber streng genommen nicht. Eine randomisierte klinische Langzeitstudie wird es auch künftig wohl nicht geben, da eine Verpflichtung auf eine definierte salzarme Ernährung (und deren Überprüfung) im Alltag kaum durchführbar ist. Stattdessen werden sich die Ernährungsmediziner wohl weiter auf prospektive Beobachtungsstudien abstützen müssen.

Eine solche Untersuchung hat nun ein überraschendes Ergebnis zutage gefördert (JAMA 2011; 305: 1777–1785). Sie zeigt, dass eine niedrige Natriumausscheidung mit einer höheren Zahl kardiovaskulärer Todesfälle einhergeht. Die Arbeitsgruppe um Jan Staessen von der Universität Leuven, Belgien, hatte die Daten der «Flemish Study on Genes, Environment, and Health Outcomes» und des «European Project on Genes in Hypertension» ausgewertet. An den Studien nahmen insgesamt 3681 Erwachsene teil, die im Mittel fast 8 Jahre beobachtet wurden. Kein Teilnehmer litt zu Beginn der Studie an einer kardiovaskulären Krankheit. Die Kochsalzzufuhr wurde durch die Bestimmung der Natriumausscheidung im 24-Stunden-Urin ermittelt.

Die Auswertungen bestätigen den Einfluss der Kochsalzzufuhr auf den Blutdruck. Der systolische Blutdruck stieg pro 2,5 Gramm Kochsalzzufuhr um 1,71 mm Hg, allerdings ergab sich kein erhöhtes Risiko für eine Hypertonie oder kardiovaskuläre Komplikationen. Der diastolische Blutdruck blieb zudem unbeeinträchtigt von der Kochsalzzufuhr.

Unter den 2096 Teilnehmern, die bei Eintritt in die Studie normoton waren, entwickelten im Tertil mit der geringsten Kochsalzzufuhr (2,5 g/Tag) 27,0 Prozent eine Hypertonie. Im mittleren Tertil (3,9 g Salz/Tag) wurden

26,6 Prozent hyperten, im Tertil mit der höchsten Kochsalzzufuhr (6,0 g/Tag) waren es 25,4 Prozent.

Die Auswirkungen auf die kardiovaskuläre Sterblichkeit verhielt sich gegenläufig zur Natriumausscheidung. Im Tertil mit der geringsten Kochsalzzufuhr starben 4,1 Prozent (n = 50) an Herzinfarkt oder Schlaganfall, im mittleren Tertil waren es 1,9 Prozent (n = 24), unter den Teilnehmern mit der höchsten Kochsalzzufuhr betrug die Sterblichkeit nur 0,8 Prozent (n = 10).

«Keine verlässliche Aussage möglich»

Die Studie hat unmittelbar Kritik seitens der US-Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ausgelöst. Peter Briss, ein CDC-Direktor, sah sich entgegen der sonstigen Gewohnheiten zu einer Stellungnahme gegenüber der Presse genötigt. Er verwies darauf, dass die Studie zu klein gewesen sei, um verlässliche Aussagen machen zu können. Die geringe Zahl der Todesfälle überrascht nicht, da das mittlere Alter der Teilnehmer zu Studienbeginn nur 40 Jahre betrug. Briss erinnert auch daran, dass sich bei einer prospektiven Beobachtungsstudie Verzerrungen durch Hintergrundvariablen nicht ausschliessen lassen. Offenbar löst die Studie bei den offiziellen Stellen kein Nachdenken über die derzeit ausgegebenen Empfehlungen aus, zumal der blutdrucksenkende Effekt restriktiver Kochsalzzufuhr ja bestätigt wurde. «At the moment, this study might need to be taken with a grain of salt», sagte Briss gegenüber der «New York Times».

Die Studienautoren halten indes Erklärungsansätze für die überraschenden Resultate bereit. Eine Salzrestriktion könne den Sympathikotonus erhöhen, die Insulinsensitivität mindern, das Renin-Angiotensin-System aktivieren und die Aldosteronsekretion stimulieren. Vor allem die verminderte Insulinsensitivität könnte zumindest theoretisch bedeutsam sein. Sollte sich das Diabetesrisiko unter Kochsalzrestriktion tatsächlich nennenswert erhöhen, wären damit die blutdrucksenkenden Effekte womöglich (teilweise) zunichte gemacht.

U.B.❖

Was sonst noch geschah

Ein Mediziner
wird Regierungsrat



Der praktizierende Arzt Friedrich Aemmer (1867–1934) wurde 1905 in den Grossen Rat der Stadt Basel gewählt, sechs Jahre später, am 23. Mai 1911, in den Regierungsrat. Er leitete das Sanitätsdepartement und engagierte sich unter anderem für den Ausbau des Basler Frauenspitals und den Bau des Gartenbads Eglisee (Foto).

Fussball



Im Mai 1911 absolvierte die Schweizer Fussball-Nationalmannschaft ihr 11., 12. und 13. Spiel. Es waren Freundschaftsspiele gegen Italien in Mailand am 7. Mai (2:2) und in La Chaux-de-Fonds am 21. Mai (3:0) sowie gegen England in Bern (1:4) am 25. Mai 1911. Das Foto zeigt ein früheres Spiel gegen Frankreich.

Geboren im Mai 1911



Maurice Allais (1911–2010) wird am 31. Mai 1911 in Paris geboren. Er war Ingenieur und Wirtschaftswissenschaftler und wurde 1988 mit dem Wirtschaftsnobelpreis für seine Beiträge zur Theorie der Märkte und der effizienten Nutzung von Ressourcen ausgezeichnet. RBO❖