

Olmesartan reduziert paroxysmales Vorhofflimmern nicht

Entgegen der Erwartung reduzierte Olmesartan die Rate an paroxysmalem Vorhofflimmern nicht, berichtete Professor Andreas Götte, St. Vincenz Hospital, Paderborn. 425 Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern nahmen an der Studie ANTIPAF teil. Sie erhielten entweder Olmesartan (40 mg/Tag) oder ein Placebo und durften



Andreas Götte

gleichzeitig keine anderen Sartane, ACE-Hemmer oder antiarrhythmische Medikamente einnehmen. Die Studienteilnehmer wurden zu Beginn sowie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten mittels Langzeit-EKG, thorakaler Echokardiografie und Laborpa-

rametern untersucht; gleichzeitig wurden Daten zur Lebensqualität erhoben. Per Telefonleitung übertrugen die Patienten ausserdem täglich ein mindestens einminütiges EKG und sie wurden ermuntert, weitere zu senden, sofern sie Symptome von Vorhofflimmern verspürten. Insgesamt summierten sich auf diese Weise 87 818 telemetrische EKG. Vorhofflimmern war mit oder ohne Olmesartan gleich häufig. Auch bei den sekundären Endpunkten (symptomfreies Intervall, Lebensqualität, Dauer bis zur Chronifizierung des Vorhofflimmerns, Lebensqualität, Spitaleinweisung) zeigte

sich kein Unterschied. Es dauerte mit Olmesartan allerdings länger, bis Amiodaron verschrieben werden musste. «Bei Patienten mit Vorhofflimmern und begleitenden strukturellen Herzerkrankungen wie hypertensive Herzkrankheit oder systolische Herzinsuffizienz sind Sartane wirksame Zusatztherapien bei hoher Verträglichkeit. Jedoch zeigt die ANTIPAF-Studie erstmals, dass Sartane die Anzahl an Vorhofflimmernepisoden bei Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern und ohne strukturelle Herzerkrankungen nicht verringern», kommentierte Götte das Studienresultat.

ANTIPAF: Angiotensin II antagonist in paroxysmal atrial fibrillation. Session Hot Line III. ESC Stockholm, 31. August 2010.

Marathon, Iron(wo)men und das Herz

Immer mehr um die 50-Jährige wagen sich auf die Marathonstrecke. Sofern sie gut trainiert sind, sei das überhaupt kein Problem, sagte Dr. Fabian Knebel, Charité Berlin. Mit seinem Team untersuchte der junge Kardiologe 167 Teilnehmer des Berlin-Marathons mehr als zehn Tage vor dem Lauf, direkt danach und zwei Wochen später. Sie waren 22 bis 72 Jahre alt, darunter etwa gleich viele Männer wie Frauen. Es handelte sich um erfahrene Läuferinnen und Läufer, die im Mittel bereits 15 Marathons gelaufen waren und pro Woche Trainingsläufe von durchschnittlich 53 Kilometer absolvierten. Direkt nach dem Lauf fand sich bei gut jedem zweiten (58%) zwar eine Erhöhung kardialer Schädigungsmarker (Troponin T und/oder NT-proBNP), doch korrelierte dies weder mit dem Trainingspensum noch echokardiografischen Befunden. Knebel wies jedoch ausdrücklich darauf hin, dass ein Check-up vor dem Marathonstart insbesondere für Ältere sinnvoll sei.

Weniger gut für das Herz sind Ultra-Langstreckenläufe, wie Professor John Somauroo, Countess of Chester Hospital, Eng-



Fabian Knebel



Mikael Mattson



John D. Somauroo

land, berichtete. Er untersuchte 45 Läufer eines Querfeldeinrennens über 80 und 160 Kilometer, das in Nordengland bei obendrein schlechtem Wetter mit niedrigen Temperaturen, starkem Wind und Regengüssen stattfand. Trotz intensiver Trainingsvorbereitung kamen nach 29 bis 39 Stunden nur 25 Läufer im Ziel an. Bei etwa der Hälfte von ihnen fanden sich deutliche EKG-Abnormitäten, bei manchen gar «bizarre elektrophysiologische Veränderungen, wie man sie nicht häufig zu sehen bekommt», sagte Somauroo.

Es scheint allerdings, als ob ultralange sportliche Aktivitäten per se nicht herz-

schädlich sein müssen, sofern das Tempo nicht zu hoch ist. Zu diesem Schluss kam Mikael Mattson vom schwedischen Karolinska Institut für Sport und Gesundheit. Anders als beispielsweise nach einem Triathlon konnte sein Team keine kardiale Ermüdung bei den Teilnehmern eines sechs Tage dauernden Wettkampfs feststellen, bei dem sich gemischte Sportlerteams aus Männern und Frauen gemeinsam beim Wandern, Klettern, In-line-Skating, Rad- und Kanufahren bewähren mussten.

Abstract Session: Ultra-endurance exercise: too much of a good thing? ESC Stockholm, 30. August 2010.

Kein erhöhtes Krebsrisiko durch Statine

Mit einer grossen Metaanalyse gingen britische und australische Ärzte der Frage nach, ob Statine krebserregend sein könnten. Grund zur Sorge waren Beobachtungen, dass niedrige Cholesterinwerte mit Krebserkrankungen einhergingen, auch wenn eine Ursache-Wirkungs-Beziehung nie nachgewiesen werden konnte. Auch bestand der Verdacht, dass Statine etwas mit bestimmten Tumoren, wie beispielsweise Brustkrebs



Jonathan Emberson

oder gastrointestinalen Karzinomen, zu tun haben könnte. Zumindest für eine Behandlungsdauer von rund fünf Jahren sei keine dieser Sorgen berechtigt, sagte Dr. Jonathan Emberson, University of Oxford. Er und sein Team werteten die Daten von 170 000 Personen aus 26 Statinstudien mit einer durchschnittlichen Studiendauer von fünf Jahren aus. Insgesamt 10 000 Studienteilnehmer erkrankten an Krebs und 3500

starben daran. «Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass das Krebsrisiko steigt, wenn sehr niedrige Cholesterinspiegel mittels hohen Statindosen erreicht werden», sagte Emberson. Das Gleiche gelte für bestimmte Krebsarten oder unterschiedliche Patientenkollektive.

Safety of statin therapy: meta-analysis of data on cancer from 170 000 participants in 26 randomised trials. Abstract session: Hot topics in secondary prevention. ESC Stockholm, 1. September 2010.

Eine Prise EPO nach dem Herzinfarkt?

Die Erwartung, dass eine einzige Dosis Erythropoietin nach dem Herzinfarkt die Herzleistung nachhaltig verbessern könnte, hat sich in der HEBE-III-Studie nicht erfüllt. Die Studie umfasste 529 Patienten (ST-Hebungsinfarkt, STEMI), die spätestens drei Stunden nach erfolgreicher Dilatation des verengten Herzkranzgefässes (PCI) intravenös entweder 60 000 IE EPO

oder ein Plazebo erhielten. Ein echter, statistisch signifikanter Unterschied fand sich nicht. Sechs Wochen nach dem Infarkt betrug die LVEF in der EPO-Gruppe 53 Prozent gegenüber 52 Prozent in der Plazebogruppe. Als positiver Effekt war zu verzeichnen, dass bei den Patienten mit EPO in der Folge weniger kardiovaskuläre Ereignisse zu verzeichnen waren. Da das Stu-

diendesign hierfür jedoch nicht gedacht und die Fallzahl zu gering war, dürfe man dieses Nebenresultat nur mit Vorsicht interpretieren, sagte Studienleiter Dr. Adriaan Voors vom University Medical Centre Groningen, Holland.

HEBE III: A Single Dose of Erythropoietin in ST-elevation Myocardial Infarction. Session Hot Line I. ESC Stockholm, 29. August 2010.

Omega-3-Margarine enttäuscht

Mit n-3-Fettsäuren angereicherte Margarine schützte holländische Herzinfarktpatienten nicht besser vor weiteren schweren kardiovaskulären Ereignissen als eine Plazebomargarine. Allenfalls habe man bei bestimmten Untergruppen einen positiven Trend gesehen, sagte Professor Daan Kromhout, Universität Wageningen, Holland. Die Studie umfasste 4837 Patienten im Alter von 60 bis 80 Jahre, drei Viertel



Daan Kromhout

Alle Produkte waren in Aussehen und Geschmack völlig identisch. Dass die

Omega-3-Supplementation in dieser Studie nicht besser abschnitt als Plazebo könnte auch daran gelegen haben, dass die meisten Patienten bereits mithilfe von Medikamenten optimal behandelt wurden, spekulierte Kromhout. So erhielten 98 Prozent einen Plättchenhemmer, 90 Prozent blutdrucksenkende Medikamente und 86 Prozent ein Statin.

ALPHA OMEGA: Effect of low doses of n-3 fatty acids on cardiovascular diseases in post-MI patients. Session Hot Line I. ESC Stockholm, 29. August 2010.