

Sicherheitscheck mit Bodyscannern auch für Patienten mit Schrittmacher

Weltweit benötigen mehr als 4 Millionen Patienten mit Herzinsuffizienz oder Rhythmusstörungen einen implantierten Schrittmacher oder Defibrillator. Einer Umfrage unter 800 Patienten gemäss sind acht von zehn Betroffenen unsicher, ob sie die Ganzkörperbodyscanner, die an Flughäfen oder öffentlichen Gebäuden für Sicherheitschecks verwendet werden, ohne gesundheitliches Risiko benutzen dürfen. Carsten Lennerz und Kollegen vom Münchner Herzzentrum untersuchten daher anlässlich eines Routinechecks bei 300 Patienten mit entsprechenden Implantaten die Sicherheit der Bodyscanner. Sie nutzten dabei in kontrollierter Spitalumgebung Geräte mit denselben Wellenlängen und elektromagnetischen Feldern, wie sie im Alltag zur Anwendung kommen, um herauszufinden, ob deren Signale von den Devices missinterpretiert werden und die Funktion fälschlich unterbrechen könnten. Die Forscher fanden jedoch weder elektromagnetische Interferenzen noch Anzeichen einer Malfunktion der Devices. Ihrer Ansicht nach stellen die Geräte keine Bedrohung dar und können auch von Patienten mit implantierten Devices ohne Restriktionen genutzt werden. *Mü*

Quelle: «Security body scanners and electromagnetic interference with cardiac implantable devices: a cross-sectional study», Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC) 2018, 25. bis 29. August in München.



GLOBAL-LEADERS-Studie: Kein Vorteil von Ticagrelor nach Stent im zweiten Jahr

Bei knapp 16 000 Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) oder akutem Koronarsyndrom (ACS) wurden nach Einlage eines Biolimus-freisetzenden Stents randomisiert zwei verschiedene Plättchenhemmerregimes während 2 Jahren getestet. Die eine Gruppe erhielt Acetylsalicylsäure (ASS) plus Ticagrelor im ersten Monat, gefolgt von 23 Monaten Ticagrelor allein. Die zweite Gruppe erhielt 12 Monate

die Standardtherapie mit dualer Plättchenhemmung (DAPT): mit ASS/Clopidogrel bei den KHK- und mit ASS/Ticagrelor bei den ACS-Patienten. Die weiteren 12 Monate erhielten sie ASS als Monotherapie.

Als primärer Endpunkt war der kombinierte Endpunkt aus Gesamtmortalität oder neuen Q-Wellen-Myokardinfarkten definiert, als sekundärer Endpunkt galt die Rate an moderaten bis schweren Blutungen.

Nach 12 Monaten war der primäre Endpunkt in der 2-Jahres-Ticagrelorgruppe signifikant seltener eingetreten als in der DAPT-Gruppe (1,95 vs. 2,47%; $p = 0,028$). Auch die Blutungsrate war tiefer, jedoch nur trendmässig. Der Vorteil der 2-Jahres-Ticagrelormonotherapie war aber nicht anhaltend. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war in Bezug auf die Gesamtmortalität und die Q-Wellen-Herzinfarkte nach 2 Jahren nicht mehr länger signifikant. Die Blutungsrate war auch im zweiten Jahr nicht unterschiedlich.

Dass die Überlegenheit der Ticagrelortherapie vom ersten Jahr nicht auf das zweite übertragen werden konnte, erstaunt, so der Kommentar von Studienleiter Prof. Patrick Serres, Imperial College London (UK). Möglicherweise könnte dies an der im zweiten Jahr schlechter gewordenen Adhärenz liegen. Eine Per-Protocol-Analyse werde diesen Umstand ausleuchten. Die Studie wurde gleichzeitig mit der Präsentation am Kongress in der Zeitschrift «Lancet» publiziert (1).

vb

Referenz:

1. Vranckx P et al.: Ticagrelor plus aspirin for 1 month, followed by ticagrelor monotherapy for 23 months vs aspirin plus clopidogrel or ticagrelor for 12 months, followed by aspirin monotherapy for 12 months after implantation of a drug-eluting stent: a multicentre, open-label, randomised superiority trial. Lancet 2018 Aug 24; pii: S0140-6736(18)31858-0. Epub ahead of print.

Quelle: «Hotline 3», Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC) 2018, 25. bis 29. August in München.

