

ESC-Kongressnews

Grippeimpfung direkt nach Herzinfarkt lohnt sich

Gemäss der schwedischen IAMI-Studie (influenza vaccination after myocardial infarction study) kann noch im Spital das Outcome der Patienten signifikant verbessert werden. An der wegen der COVID-19-Pandemie vorzeitig beendeten Studie nahmen statt der 4400 geplanten nur 2571 Herzinfarktpatienten aus 30 skandinavischen, australischen und Spitälern aus Bangladesch teil. Die Studie lief während 4 Grippe-saisons. Während einer solchen erhielten Herzinfarktpatienten jeweils innerhalb von 72 Stunden nach der Koronarintervention randomisiert entweder eine Influenzaimpfung oder eine Placeboinjektion. Als primärer Endpunkt galt die Kombination aus Gesamtmortalität, Myokardinfarkt oder einer Stentthrombose innerhalb von 12 Monaten. Nach Ende der Studienzeit zeigte sich, dass die Patienten mit einer Grippe-

impfung eine signifikante Risikoreduktion für den primären Endpunkt von 28 Prozent aufwiesen (Hazard Ratio: 0,72; 95%-Konfidenzintervall: 0,52–0,99; $p = 0,040$), vorwiegend aufgrund der reduzierten Gesamt- und kardiovaskulären Mortalität um 41 Prozent. Studienleiter Prof. Ole Fröbert, Universität Örebro (S), empfiehlt daher, die Grippeimpfung in die Behandlung des Herzinfarkts im Spital zu integrieren. Die Studie wurde zeitgleich mit der Präsentation an der ESC-Hotline-Session im Magazin «Circulation» publiziert (1). **vh**

Quelle: «Hotline Session», Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC), 27. bis 30. August 2021, virtuell.

Referenz:

1. Fröbert O et al.: Influenza Vaccination After Myocardial Infarction: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial. *Circulation*. 2021;144(18):1476-1484. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.057042

Herzstillstand ohne STEMI: sofortige Koronarangiografie nicht nötig

Weil eine Koronarangiografie auch ein Risiko für Komplikationen birgt, ist eine Patientenselektion nicht unerheblich. In der TOMAHAWK-Studie wurde untersucht, ob Patienten mit Herzstillstand ausserhalb des Spitals nach der Wiederbelebung und ohne ST-Hebung im EKG routinemässig sofort ins Katheterlabor gebracht werden müssen. An der multi-zentrischen, randomisierten Studie aus Deutschland nahmen 554 Patienten teil, bei 281 von ihnen wurde eine sofortige Koronarangiografie durchgeführt, bei 273 erst später oder selektiv. Als primärer Endpunkt war die 30-Tage-Gesamtmortalität definiert. Als sekundäre Endpunkte galten unter anderem ein Myokardinfarkt innerhalb von 30 Tagen, schwere neurologische Defizite und die Dauer des Spitalaufenthalts. Die Analyse zeigte im primären Endpunkt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Im sekundären Endpunkt traten in der Sofort-Angiografie-Gruppe mehr Fälle von schweren neurologischen Defiziten und mehr Todesfälle auf. Das bedeute, so Studienleiter Prof. Steffen Desch, dass Patienten ohne signifikante Koronarläsion als Auslöser des Herzstillstands von einer sofortigen Koronarangiografie nicht profitierten, es könne ihnen sogar eher schaden.

Die Studie wurde zeitgleich mit der Präsentation an der ESC-Hotline-Session im «New England Journal of Medicine» publiziert (1). **vh**

Quelle: «Hotline Session», Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC), 27. bis 30. August 2021, virtuell.

Referenz:

1. Desch S et al.: Angiography after Out-of-Hospital Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation. *N Engl J Med*. 2021;10.1056/NEJMoa2101909. doi:10.1056/NEJMoa2101909



Implantierter Loop-Recorder verhindert keinen Hirnschlag

Bei Patienten mit Risikofaktoren für Hirnschlag ist eine Rhythmuskontrolle zur Hirnschlagprävention durch einen Loop-Recorder nicht nötig, wie eine am ESC-Kongress präsentierte Studie zeigte. Patienten mit Vorhofflimmern sind häufig asymptomatisch und deshalb oft nicht diagnostiziert und unbehandelt. In der LOOP-Studie wurde nun die Fragestellung untersucht, ob bei Risikopatienten eine kontinuierliche EKG-Überwachung mit implantiertem Loop-Recorder und eine Antikoagulation, im Fall einer Entdeckung von Vorhofflimmern, das Risiko für Hirnschlag oder systemische arterielle Embolie reduzieren. Als Risikofaktoren galten Hypertonie, Diabetes, Herzinsuffizienz und vormaliger Hirnschlag. An der Studie nahmen 6004 durchschnittlich 74,7-jährige Patienten teil, davon war knapp die Hälfte weiblich. Den Teilnehmenden wurde im Verhältnis 1:3 randomisiert ein Loop-Recorder implantiert, die mediane Überwachung dauerte 39,3 Monate, der Follow-up lief median 64,5 Monate.

In der Loop-Recorder-Gruppe waren nach Studienende signifikant mehr Fälle mit Vorhofflimmern entdeckt worden als in der Kontrollgruppe (31,8 vs. 12,2%), und bei 29,7 Prozent (vs. 13,1%) wurde in der Folge eine orale Antikoagulation begonnen. Trotz der unterschiedlichen Massnahmen traten in beiden Gruppen etwa bei gleich vielen Patienten Hirnschläge oder systemische arterielle Embolien auf (4,5 vs. 5,6%), der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Studienleiter Prof. Jesper Hastrup, Copenhagen University Rigshospitalet (DK), sagte dazu, dass vielleicht nicht jedes Vorhofflimmern per Screening entdeckt werden müsse und es auch nicht bei jedem entdeckten Vorhofflimmern eine Antikoagulation brauche. **vh**

Quelle: «Hotline Session: Implantable Loop Recorder to Detect Atrial Fibrillation and Prevent Stroke (The LOOP Study): A Randomised Controlled Trial. Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC), 27. bis 30. August 2021, virtuell.