Herzschwäche bessern sich unter einer Therapie mit Crataegus-Spezialextrakt. Dies konnte in kontrollierten klinischen Studien belegt werden. In einer gepoolten Analyse wurden die Daten aus drei placebokontrollierten Doppelblindstudien mit insgesamt 279 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (NYHA II–III) ausgewertet. Davon erhielten 174 Patienten über 8–16 Wochen Crataegus-Spezialextrakt und 105 Patienten Placebo. Die Symptome wurden mithilfe einer standardisierten Skala erfasst. Der validierte Fragebogen umfasste Fragen zu körperlicher Leistungsfähigkeit, Befindlichkeit und Allgemeinsymptomen.

Bei den mit Weißdorn behandelten Patienten zeigten sich ein stärkerer Rückgang der Kurzatmigkeit, des Schwächegefühls und der Müdigkeit sowie eine Reihe weiterer signifikanter Verbesserungen. Das Wirkprofil, eine signifikante Verbes-

serung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit, war bei Männern und Frauen nahezu identisch. Interessanterweise profitierten auch Patienten, die initial nur eine relativ geringe Symptomatik aufgewiesen hatten, erklärte Regitz-Zagrosek. Die Belastungstoleranz nahm deutlich zu.

Langfristig leistungsfähiger

Die Daten einer prospektiven 3-Jahres-Studie mit dem Crataegus-Spezialextrakt untermauern die Ergebnisse dieser placebokontrollierten Studien. Die Langzeitstudie umfasste 372 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II. Die linksventrikuläre Ejektionsfraktion betrug 49%. Die Studienteilnehmer erhielten zweimal täglich 450 mg des Spezialextrakts über drei Jahre.

Die Erfassung der Lebensqualität erfolgte mit dem Minnesota-Living-With-

Heart-Failure-Fragebogen. Die Patienten waren im Mittel 68 Jahre alt. 70% der Studienteilnehmer waren Frauen.

Bereits im ersten halben Jahr nach Therapiebeginn kam es zu einer klinisch relevanten Verbesserung der Lebensqualität, die im Verlauf der nächsten 2,5 Jahre fast konstant blieb. Vor allem Müdigkeit und Erschöpfungszustände, Kurzatmigkeit und Atemnot bei geringer Belastung besserten sich. Wie in den placebokontrollierten Studien bestanden keine relevanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Es zeigte sich ein ähnlicher Zeitverlauf: deutliche Symptomlinderung im ersten halben oder Dreivierteljahr, danach eine anhaltende Besserung der typischen Symptome einer nachlassenden körperlichen Leistungsfähigkeit.

■ Dr. med. Kirsten Westphal
Quelle: Pressekonferenz, Bern, 11. September 2010 (Veranstalter: Dr. Willmar Schwabe GmbH)

Auch bei Schlaganfallpatienten ohne KHK

Aggressive Lipidsenkung senkt das Rezidivrisiko

Bei Patienten mit KHK oder hohem KHK-Risiko verhindert eine Statintherapie nicht nur Herzinfarkte, sondern auch Schlaganfälle: Das haben große Studien mit Simvastatin, Pravastatin und Atorvastatin bewiesen. Aber nur für hochdosiertes Atorvastatin ist zusätzlich belegt, dass es bei Patienten, die erst kürzlich einen Schlaganfall oder eine TIA erlitten haben, das Rezidivrisiko senken kann. Dieses Ergebnis der SPARCL-Studie hat auch in die Schlaganfall-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie Eingang gefunden.

An der SPARCL-Studie beteiligten sich 4731 Patienten, die ein bis sechs Monate zuvor einen ischämischen Schlaganfall (ca. 70%) oder eine TIA erlitten hatten, bei denen aber keine KHK bekannt war. Sie erhielten im Mittel 4,9 Jahre lang täglich 80 mg Atorvastatin oder Placebo, zusätzlich zur bestehenden Schlaganfallprophylaxe mit Thrombozytenhemmern (94%) und Antihypertensiva (70%).

Der LDL-Cholesterinspiegel lag zu Studienbeginn im Mittel bei 133 mg/dl. Unter

Placebo blieb er praktisch unverändert, unter dem Statin sank er auf 73 mg/dl. Gleichzeitig kam es in der Verumgruppe zu einer signifikanten Risikoreduktion für erneute tödliche oder nicht tödliche Schlaganfälle (kombinierter primärer Endpunkt) um 16% (11,2% vs. 13,1% unter Placebo). Das relative Risiko für ischämische Schlaganfälle ging um 22%, das für Schlaganfall oder TIA um 23% zurück (15,9% vs. 20,1%) (s. Abb. 1).

Nettoeffekt eindeutig positiv

Überraschenderweise waren unter dem Statin mehr hämorrhagische Schlaganfälle zu verzeichnen. Eine Post-hoc-Analyse konnte jedoch zeigen, dass die Zunahme nicht auf die Statintherapie, sondern auf ein ohnehin erhöhtes Risiko zurückzuführen war.

Die Verträglichkeit des hoch dosierten Statins wurde als gut eingestuft. Zwar kam es bei einigen Patienten zu einer Erhöhung der Leberwerte, aber muskuläre Nebenwirkungen waren nicht häufiger als unter Placebo.

Damit hatte die Behandlung eindeutig einen positiven Nettoeffekt, zumal unter Atorvastatin auch schwerwiegende Koronareignisse um 35% seltener auftraten. Insgesamt lag die Inzidenzrate schwerer kardiovaskulärer Ereignisse in der Atorvastatingruppe bei 14,1% und damit signifikant um 3,1% niedriger als in der Placebogruppe mit 17,2%.

■ Dr. Beate Schumacher
Quelle: SPARCL Investigators, N Engl J Med 2006; 355:549–559; Pressemitteilung Pfizer