

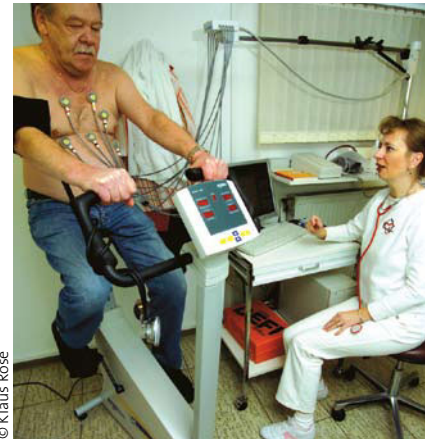
Herzinsuffizienz-Patient mit Eisenmangel Substitution erhöht die Belastbarkeit

— Eisenmangel und Anämie haben für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz erhebliche Folgen, erklärte Prof. Dr. Stefan Anker aus Berlin. Sie führen zu Leistungsminderung und Kognitionsverlust und erhöhen die Morbidität und Mortalität. Wird der Eisenmangel korrigiert – unabhängig davon ob eine Anämie vorliegt –, bessern sich Leistungsfähigkeit und Lebensqualität von Herzinsuffizienzpatienten. Das hat die FAIR-HF-Studie belegt, deren Ergebnisse der Studienleiter Anker präsentierte.

In die doppelblinde Phase-III-Studie eingeschlossen waren 459 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (NYHA-Klassen II/III 18%/82%) und Eisenmangel, definiert als Serum-Ferritin < 100 µg/L bzw. < 300 µg/L, wenn die Transferrinsättigung unter 20% lag. Im Verhältnis 2:1 randomisiert erhielten sie entweder Eisencarboxymaltose (Ferinject®, 200 mg i.v.) oder Placebo. Die Therapie erfolgte zunächst

wöchentlich, bis die Eisenspeicher aufgefüllt waren, in der Erhaltungsphase dann monatlich bis Woche 24. Bereits nach vier Wochen zeigten sich hochsignifikante Vorteile in allen Endpunkten zugunsten der substituierten Patienten: Die Hälfte beurteilte ihren Gesundheitsstatus als stark bis moderat verbessert, gemessen im Patient Global Assessment-Score (PGA), gegenüber 27% in der Placebogruppe. 47% verbesserten sich in die NYHA-Klassen I-II (vs. 30% unter Placebo). Der 6-Minuten-Gehtest ergab eine Zunahme um 39 Meter gegenüber dem Ausgangswert, in der Placebogruppe nur um neun Meter.

Die Sterblichkeit und die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse waren in beiden Gruppen vergleichbar, die Hospitalisierungsrate tendierte zugunsten der verumhandelten Patienten. Das Eisenpräparat wurde gut vertragen, ernsthafte Überempfindlichkeitsreaktionen wurden



© Klaus Rose

Weniger Herzinsuffizienzsymptome nach Beseitigung von Eisenmangel.

nicht beobachtet. „FAIR-HF ist die erste Studie seit vielen Jahren, in der ein Medikament bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in so kurzer Zeit eine so deutliche Symptomverbesserung zeigt“, so das Fazit Ankers.

- Michael Koczonek
Quelle: Symposium „Eisenmangel & Anämie“, Internistenkongress, Wiesbaden, 11. April 2010 (Veranstalter: Vifor Pharma)

Thrombose-Sekundärprävention bei Tumorpatienten

Niedermolekulares Heparin wirksamer als Vitamin-K-Antagonist

— Zur antithrombotischen Sekundärprophylaxe bei Tumorpatienten mit einer venösen Thromboembolie (VTE) bietet ein niedermolekulares Heparin (NMH) in voller therapeutischer Dosierung eine bessere Risiken-Nutzen-Relation als ein Vitamin-K-Antagonist (VKA). Dabei sollte so lange antikoaguliert werden, wie die Krebserkrankung aktiv ist.

Dieses Fazit hat Prof. Axel Matzdorff aus Saarbrücken bei einem Satellitensymposium anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) gezogen. Wie Matzdorff ausführte, kam eine 2008 veröffentlichte Metaanalyse der Cochrane Collaboration zu folgendem Ergebnis: Tumorpatienten mit VTE haben bei zumindest gleicher Sicherheit ein um über 50% reduziertes Risiko für Rethrombosen und Embolien, wenn in der Sekundärprophylaxe

auf NMH statt auf VKA gesetzt wird. Bestätigt wird diese Aussage durch Ergebnisse einer neuen Studie an 241 Patienten – darunter 69 Tumorpatienten – mit tiefer Venenthrombose (TVT). Zur sechsmonatigen Sekundärprophylaxe hatten sie entweder einmal täglich 175 I.E./kg Tinzaparin (Innohep®, n = 119) oder INR-gesteuert den VKA Acenocoumarol (n = 122) erhalten (Romera et al. 2009). Im Laufe eines Jahres erlitten 10,7% der VKA-Patienten und 5,0% der Tinzaparinpatienten ein TVT-Rezidiv bzw. eine Lungenembolie (p = 0,11). Wurde nur das Subkollektiv der Tumorpatienten betrachtet, vergrößerte sich dieser Unterschied auf 21,2% versus 5,5% (p = 0,06). Auch bezüglich schwerer Blutungen war das NMH mit einer Rate von 0,8 versus 2,5% tendenziell im Vorteil.

Um die Überlegenheit von NMH gegenüber VKA in der VTE-Sekundärprophy-

laxe zu sichern, ist der Einsatz der vollen therapeutischen NMH-Dosis erforderlich, so Matzdorff unter Verweis auf 15 Vergleichsstudien.

Wie lange antikoagulieren?

Zur Dauer der NMH-Therapie bei krebserkrankten VTE-Patienten zitierte Matzdorff aus einer Zusammenfassung der Empfehlungen führender onkologischer Fachgesellschaften (Khorana et al. 2009): Demnach sollte die medikamentöse Sekundärprophylaxe mindestens sechs Monate und bei fortgesetzt aktiver Krebserkrankung auch unbegrenzt weitergeführt werden.

- Werner Stingl
Quelle: Satellitensymposium „Thromboembolie: Fundierte Vorgehensweise oder Vorgehensweise ohne Fundament?“, GTH-Jahrestagung, Nürnberg, 24. Februar 2010 (Veranstalter: Leo Pharma)