

RADIKALE DIABETESTHERAPIE**Magenverkleinerung verbessert BZ-Kontrolle dramatisch**

Wenn herkömmliche Maßnahmen nichts fruchten, kann eine Operation einen unkontrollierbaren Diabetes mellitus wieder ins Lot bringen. In einer Studie mit 150 schlecht kontrollierten Diabetikern waren zwei chirurgische Methoden der Magenverkleinerung (Magen-Bypass oder Anlage eines Schlauchmagens) einer intensiven medikamentösen Therapie überlegen. Die chirurgisch behandelten Diabetiker verloren durch die Operation erheblich an Gewicht (55–64 Pfund vs. 12 Pfund in der me-

dikamentösen Gruppe). Gleichzeitig konnten sie ihre Medikamente gegen Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich reduzieren. Ihr HbA_{1c}-Wert sank im Schnitt von 9,2% um 2,9% im Vergleich zu 1,4% unter der optimierten medikamentösen Therapie. „Bei sehr vielen Patienten erreichten wir so tiefe HbA_{1c}-Werte, dass wir einer Remission des Diabetes sehr nahe kommen“, sagte Studienautor Dr. Philip Schauer, Direktor des Bariatrischen und Metabolischen Institutes der Cleveland Clinic.

LUNGENEMBOLIE**Rivaroxaban macht Therapie einfacher und sicherer**

Lungenembolien sind häufig, mitunter tödlich, und sie neigen zum Rezidiv. Die Standardtherapie und -rezidivprophylaxe mit Heparinen und Vitamin-K-Antagonisten verhindert 90% der Rückfälle, ist aber mühsam durchzuführen: Erst Spritzen und Blutbildkontrollen, dann INR-Bestimmungen nebst individuellen Dosisanpassungen. Eine erhebliche Vereinfachung verspricht der Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban: Orale Einnahme, fixe

Dosis, keine Therapieüberwachung, nur ein Medikament für Therapie und Prophylaxe. In der EINSTEIN-PE-Studie mit 4800 Patienten erwies sich Rivaroxaban der Standardtherapie als ebenbürtig, 2,1% vs. 1,8% der Patienten erlitten thromboembolische Rezidive. Schwere Blutungen traten unter Rivaroxaban nur halb so häufig auf (2,2% vs. 1,1%) wie unter Standardtherapie.

**AORTENKLAPPENSTENOSE****Klappen-Austausch per TAVI ist sehr sicher**

Schwere Aortenklappenstenosen treten oft im hohen Alter auf und haben ohne Therapie eine schlechte Prognose. Doch die Operation ist für viele Patienten ebenfalls riskant. Seit einigen Jahren kann die Klappe auch per Katheter mit dem sog. TAVI-Verfahren ausgetauscht werden. Wie die ADVANCE-Studie mit über 1000 im Schnitt 81 Jahre alten Patienten zeigt, ist TAVI bemerkenswert sicher: Die Mortalität lag bei 4,5% nach 30 Tagen und 13% nach sechs Monaten, die Schlaganfallraten betragen 2,9% bzw. 3,5%. 4% der Patienten erlitten schwere Blutungen. Das ist angesichts der hochbetagten, multimorbiden Patienten eine niedrige Komplikationsrate, so Studienautor Prof. Axel Linke, Uniklinik Leipzig. Der Eingriff war fast immer erfolgreich, die Klappe funktionierte ausgezeichnet, und die meisten Patienten erfuhren innerhalb weniger Wochen eine dramatische hämodynamische und symptomatische Verbesserung.

HERZINFARKT-SEKUNDÄRPRÄVENTION**Bis zu drei Plättchenhemmer gegen Atherothrombosen?**

Die gleichzeitige Einnahme von bis zu drei Hemmern der Thrombozytenaggregation bietet einem Großteil der Patienten mit stabiler KHK nach Herzinfarkt einen klinischen Nettonutzen, so das Ergebnis der Mega-

studie TRA-2P. Die Studie untersuchte bei 17779 Patienten mit Herzinfarkt, 4883 mit Schlaganfall sowie 3787 mit PAVK die Wirksamkeit des neuen Thrombozyten-Funktionshemmers Vorapaxar, der über eine PAR-1-Blockade die thrombininduzierte Aktivierung der Blutplättchen hemmt. Alle Patienten hatten eine ASS-Basistherapie. Viele, v. a. die Herzpatienten, nahmen zusätzlich Clopidogrel. Bei Schlaganfallpatienten führte diese Therapie zu vermehrten intrakraniellen Blutungen, sodass dieser Therapiearm ge-

stoppt wurde. Bei allen anderen reduzierte Vorapaxar im Lauf von 2,5 Jahren das Risiko für Herztod, Herzinfarkt und Schlaganfall von 9,6% auf 8,3%. Gleichzeitig stieg das Risiko für schwere Blutungen von 1,8% auf 2,5%. Diese Bilanz verbesserte sich, wenn man Patienten mit unter 60 kg ausschloss. Dann betrug die Number Needed to Treat 53 und die Number Needed to Harm 223.



ACC-Kongress auf
springermedizin.de

► www.springermedizin.de/acc-2012

Quelle: American College of Cardiology, 61. Annual Scientific Sessions, Chicago, März 2012