

DEGAM-Benefits

DEGAM Benefits

Ausgewählt und verfasst von Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP, Freiburg

Regelmäßige finnische Sauna – keine kardiovaskuläre Gefahr

Regular Finnish Sauna – No Cardiovascular Danger

Erhöhen **regelmäßige Besuche einer finnischen Sauna** (80–100° C, 10–20 % Luftfeuchtigkeit) das Risiko von tödlichen kardiovaskulären Ereignissen? Im Gegenteil, sie vermindern diese Gefahr.

Die Autoren einer finnischen Studie

- rekrutierten 2.315 Männer im Alter von 42–60 Jahren,
- und bildeten je nach Saunafrequenz drei Gruppen (1x/Woche [Referenzstandard], 2–3x/Woche und 4–7x/Woche).
- Die Nachverfolgungszeit betrug im Mittel über 20 Jahre.

- Dokumentiert wurden per Fragebogen die Aussagen der Teilnehmer.

Unabhängig von bereits vorbestehenden Risikofaktoren waren regelmäßige Saunagänge und lange Schwitzdauer mit einem statistisch signifikant verminderten Risiko von kardialen bzw. kardiovaskulären Todesfällen und sogar der Gesamtmortalität assoziiert.

Laukkanen T, Khan H, Zaccardi F, Laukkanen JA. Association between sauna bathing and fatal cardiovascular and all-cause mortality events. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 542–548



Abbildung: fotolia/traza

Infarktpatienten mit COPD – Betablocker nicht vergessen (falls keine Kontraindikationen vorliegen)

COPD-Patients with Myocardial Infarction – Do not Forget Betablocker (if not Contraindicated)

Betablocker zählen seit geraumer Zeit zu den evidenzbasierten, sekundärpräventiven Behandlungen nach einem Myokardinfarkt. Obwohl die meisten Studien vor der „Reperfusion-Ära“ durchgeführt wurden, zeigen deren Ergebnisse eine reduzierte Mortalität sowie ein vermindertes Risiko maligner Herzrhythmusstörungen bzw. einer Herzinsuffizienz.

Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), die einen Infarkt erleiden, gehören offenbar zu einer ausgesprochenen Risikogruppe (atypische Symptomatik, höhere Komorbidität, seltenerer Einsatz von Reperfusionstherapien und sekundärpräventiven Behandlungsoptionen).

Gemäß einer kürzlichen Untersuchung aus dem landesweiten, schwedischen Krankheitsregister *SWEDEHEART* liegt die adjustierte Sterblichkeitsrate dieser Population um 14 % und das Risiko einer sich neu entwickelnden Herzinsuffizienz um 35 % höher als bei Kranken ohne COPD (<http://openheart.bmj.com/content/1/1/e000002.full?sid=67267c55-9919-41fd-9173-929bde1fa975>)

Obwohl Betablocker auch bei Infarktpatienten mit COPD einen klaren Nutzen aufweisen, bestehen immer noch Befürchtungen, die Arzneimittel könnten unerwünschte respiratorische Wirkungen haben.

Aus dem bereits zitierten schwedischen *SWEDEHEART*-Register kommt jetzt eine Studie, die zwischen 2005 und 2010 alle nach erlittenem Infarkt aus stationärer Behandlung entlassenen COPD-Patienten mit Betablocker (n = 4.086) oder ohne Betablocker (N = 772) rekrutierte. Alle Patienten mit relativer oder absoluter Kontraindikation bez. Betablockern wurden ausgeschlossen. Endpunkt war die Gesamtsterblichkeit; die mittlere Nachverfolgungszeit betrug annähernd drei Jahre.

Die drei wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst:

- Verglichen mit Kranken ohne COPD erhielten COPD-Patienten signifikant

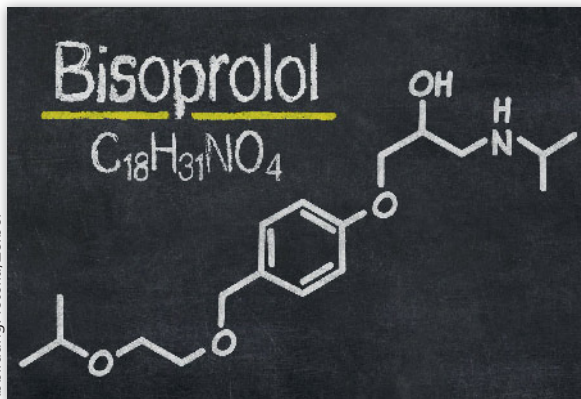


Abbildung: fotolia/Zerbor

seltener einen Betablocker (15,9 vs 9,6 %, $p < 0,001$).

- Nach Adjustierung für potenzielle Störfaktoren lag die Gesamtmortalität bei der Gruppe ohne Betablocker statistisch signifikant um 13 % höher (HR 0,87; 95%-KI 0,78–0,98; $P = 0,017$).
- Patienten mit einer Herzinsuffizienz in der Vorgeschichte profitierten noch stärker von der Medikation.

Natürlich lässt sich einwenden, dass es sich hier um eine Beobachtungsstudie und nicht um einen RCT handelt. Von daher verbleiben gewisse Unsicherheiten, z.B. ob Patienten nach Entlassung vielleicht doch noch Betablocker erhielten. Der große Pluspunkt der Untersuchung aber ist die landesweit vollständige Datenerfassung und die große Patientenzahl.

Dies ist übrigens nicht die erste Studie, die Vorteile einer Betablockergabe an COPD-Patienten zeigt.

- Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine 2013 im BMJ publizierte Untersuchung aus den Daten der *General Practice Research Database* www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898388/.
- Auch ohne Myokardinfarkt bestehen deutliche Überlebensvorteile und eine reduzierte Exazerbationsrate <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0113048>.

Quintessenz

Vorausgesetzt, es liegen keine relativen oder absoluten Kontraindikationen vor (z.B. Bradykardie, AV-Block Grad II oder III), sollten alle COPD-Patienten nach einem Herzinfarkt mit Betablo-

ckern (z.B. Bisoprolol) behandelt werden.

Kommt ein COPD-Patient nach Infarkt wieder in die hausärztliche Praxis, sollten Sie in jedem Fall überprüfen, ob Betablocker bei den Arzneimittelempfehlungen des Entlassungsberichts auftauchen. Ist das nicht der Fall, erscheint zunächst eine Rücksprache mit dem zuständigen Krankenhaus angebracht. Gibt es keine schlüssige Begründung oder sind die wissenschaftlichen Belege unbekannt, dürfen Sie das Gewicht Ihrer hausärztlichen Kompetenz und langjährigen Kenntnis des Patienten in die Waagschale werfen ...

Andell P, Erlinge D, Smith JG. Betablocker use and mortality in COPD patients after myocardial infarction: a swedish nationwide observational study. *J Am Heart Assoc* 2015; 4: e001611

Infektiöse Endokarditis: Weniger prophylaktische Antibiotikaverordnungen – ansteigende Häufigkeit!

Infective Endocarditis: Less Prophylactic Antibiotic Prescriptions – Rising Incidence!

Die infektiöse Endokarditis (**IE**) ist zwar selten, aber mit hoher Krankheitslast und einer 5-Jahres-Sterblichkeit von 40 % assoziiert (rund 80 % der Fälle werden durch Staphylokokken und Streptokokken verursacht).

Bereits 1923 vermuteten amerikanische Autoren, dass zahnärztliche Eingriffe für die Bakteriämie bei IE verantwortlich sein könnten und 1955 publizierte die American Heart Association die erste Leitlinie, die eine Antibiotikaphylaxe bei invasiven Prozeduren zur Verminderung des IE-Risikos empfahl. Die Leitlinie von 1997 sah noch eine Antibiotikaphylaxe für eine recht umfangreiche Liste von Eingriffen vor, die je nach kardialer Risikogruppe von Zahnextraktionen über die Tonsillektomie bis hin zu Prostataoperationen reichte (detaillierter Text frei unter <http://cid.oxfordjournals.org/content/25/6/1448.long>).

Zehn Jahre später, in der Leitlinienversion der amerikanischen und europäischen Fachgesellschaften von 2007, wurde nur noch Patienten in der höchsten Risikogruppe eine Antibiotikaphylaxe empfohlen (z.B. wurden



Abbildung: fotolia/Dmitriy Syechin

Eingriffe im Bereich des Urogenital- oder Gastrointestinaltrakts „prophylaxefrei“ gestellt). Noch weiter ging das britische *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* im März 2008: Es empfahl die komplette Einstellung der Prophylaxe.

Jetzt liegen zwei Studien aus den USA und Großbritannien vor, die über 11 bzw. 13 Jahre die Inzidenzentwicklung der Erkrankung analysierten. Die amerikanische Untersuchung findet eine stetig ansteigende Inzidenz, wobei sich die Perioden von 2000–2007 und

2008–2011 in Bezug auf die Hospitalisationsraten nicht unterscheiden. Die englische Arbeit kommt zu dem m.E. beunruhigenden Ergebnis, dass die Häufigkeit seit 2008 parallel zu sinkenden Prophylaxe-Verordnungen signifikant angestiegen sei.

Keine der Autorengruppen behauptet eine kausale Assoziation und in den jeweiligen Begleiteditorials werden multiple Einflussfaktoren diskutiert.

Ein nüchterner Blick auf diese mittlerweile 60-jährige Geschichte lässt allerdings nur eine Schlussfolgerung zu: **Bis heute gibt es keine einzige kontrollierte Vergleichsstudie zwischen Patienten mit und ohne Antibiotikaphylaxe – ein absolutes Armutszeugnis.**

Dayer MJ, Jones S, Prendergast B, Baddour LM, Lockhart PB, Thornhill MH. Incidence of infective endocarditis in England, 2000–13: a secular trend, interrupted time-series analysis. *Lancet* 2015; 385: 1219–28

Pant S, Patel NJ, Deshmukh A, et al. Trends in infective endocarditis incidence, microbiology, and valve replacement in the United States from 2000 to 2011. *JACC* 2015; 2070–76