

AUS DER FORSCHUNG

Länger leben durch regelmäßiges Joggen

Eine dänische Langzeitstudie von 1976 bis 2003 mit über 17.500 gesunden Frauen und Männer in einem Alter zwischen 20 und 98 hat nun ergeben: Wir können durch regelmäßiges Joggen unsere Lebenszeit verlängern.

Seit den 1970er Jahren ist Joggen eine der beliebtesten Freizeit-Sportarten: richtig trainiert steigert es nicht nur die körperliche Ausdauer sondern auch die Leistungsfähigkeit, stärkt das Herz-Kreislaufsystem und beeinflusst die Knochendichte positiv. Trotzdem kommt es



beim Joggen immer wieder zu tödlichen Herzattacken, die jedoch meist mit einer kardialen Vorerkrankung im Zusammenhang stehen.

Der Studie nach erlaufen sich Jogger bis zu sechs Jahre an Lebenszeit. Das altersadaptierte Gesamtmortalitätsrisiko reduzierte sich um 44%. Nach Berücksichtigung weiterer Faktoren wie den Body-Mass-Index, Konsum von Zigaretten und Alkohol ergab sich für Frauen ein um 40% niedrigeres, ein für Männer um 31% niedrigeres Sterberisiko als für Nichtläufer.

Die längste Lebensdauer verzeichneten Läufer, die maximal dreimal pro Woche mit insgesamt 1 bis 2,4 Stunden bei niedrigem bis mittlerem Tempo unterwegs waren. Aber auch, wer unter 1 Stunde pro Woche lief, reduzierte das Sterberisiko um 32%. Bei exzessiveren Trainingszeiten oder -häufigkeiten ging der gewonnene Vorteil wieder zurück und kehrte sich sogar in ein erhöhtes Sterberisiko um im Vergleich zu Nichtläufern.

Quelle: Schnohr P et al. Am J Epidemiol 2013 Feb 28 [Epub ahead of print]

Wir freuen uns, wenn Ihnen dieser Newsletter gefallen hat, freuen uns auf Ihr Feedback und wünschen Ihnen von Herzen alles Gute bis zum nächsten Newsletter.

Ihr Dr. med. M. Natour mit Praxisteam



Kontakt

HPK – Heidelberger Praxisklinik für Innere Medizin, Kardiologie und Pneumologie

Schneidmühlstr. 21 | 69115 Heidelberg
Tel.: 06221-434 14-0 | Fax: 06221-434 14-29

www.hpk-kardiologie.de
info@hpk-kardiologie.de

Sprechzeiten

Mo.-Do. 8–12 Uhr und 14–18 Uhr
Fr. 8–12 Uhr und 14–16 Uhr

Impressum

Herausgeber: Dr. med. M. Natour, HPK, Heidelberg
Text und Lektorat: Dr. rer. nat. S. Vogel, Heidelberg
Gestaltung: markenfaktor, Heidelberg
Druck: DRUCKHELDEN.DE, Mellrichstadt



HPK-NEWSLETTER

1-2013

HEART MEETS SCIENCE



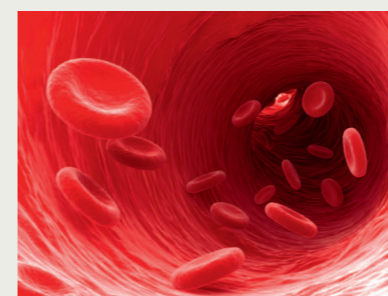
Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Kolleginnen und Kollegen,

für eine rechtzeitige Prophylaxe vor oder nach Operationen oder bei länger anhaltender Bettlägerigkeit etwa oder aber eine Behandlung bei einem erhöhten Thromboembolierisiko oder bei bestehenden Thrombosen, sind orale Antikoagulanzen, d.h. gerinnungshemmende Medikamente, wichtige Therapieoptionen. Wurden lange

Zeit Vitamin-K-Antagonisten (Wirkstoffe vom Cumarin-Typ: Warfarin oder Phenprocoumon) zur effektiven Antikoagulation eingesetzt, werden diese heute zunehmend durch neue Antikoagulanzen ersetzt. Letztere besitzen eine besseren Schutz als die Vorgänger-Wirkstoffe, wie eine große Meta-Analyse¹ mit mehr als 14500 Patienten zeigt und durch die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie aktuell bestätigt wurde.

PRAXIS-THEMA

Blutgerinnungshemmung



Bei der Blutgerinnungshemmung handelt es sich nicht um eine tatsächliche Blutverdünnung, wovon umgangssprachlich oft die Rede ist, sondern um einen

in den meisten Fällen werden Antikoagulanzen eingesetzt, die direkt mit den Blutgerinnungsfaktoren interagieren. Hierzu zählen die Vitamin-K-Antagonisten sowie die neuen Antikoagulanzen. Dagegen sind Thrombozytenaggregationshemmer wie Acetylsalicylsäure und Clopidogrel keine Antikoagulanzen im engeren Sinn, denn sie hemmen nicht die Blutgerinnung, sondern die Eigenschaft der Thrombozyten, zu verklumpen.

Effekt auf die Blutgerinnung, die im Organismus über eine komplexe Kaskade an verschiedenen Blutgerinnungsfaktoren reguliert wird. Eine orale Antikoagulation steht immer dann an, wenn eine Erkrankung mit einem erhöhten Thromboserisiko einhergeht, wie es bei verschiedenen kardiologischen Erkrankungen häufig der Fall ist. Individuell und risikoadaptiert durchgeführt, stellt eine orale Antikoagulation die effektivste Thromboembolieprophylaxe dar und ist dabei eine sehr sichere Behandlungsmethode.

Sowohl Antikoagulanzen als auch Thrombozytenaggregationshemmer werden bei Erkrankungen eingesetzt, die mit einer Neigung zur Bildung von Blutgerinnseln (Thromben) verbunden sind und bei denen es im Verlauf zu Thrombosen und/oder Embolien kommen kann. Antikoagulanzen werden sowohl prophylaktisch z.B. vor, während und nach Operationen oder Herzkatheter-Eingriffen als auch therapeutisch z.B. bei Vorhofflimmern oder -flattern eingesetzt, wenn ein erhöhtes Thromboserisiko zu erwarten ist.

¹ Quelle: Ntaios G et al. Stroke 2012;43(12):3298-304

Neue Antikoagulanzen

Vorhofflimmern ist die häufigste behandlungsdürftige Herzrhythmusstörung und betrifft deutschlandweit etwa 300.000, vor allem ältere Menschen. Vorhofflimmern ist zudem die Ursache für etwa 20 bis 25% aller Schlaganfälle und einer der häufigsten Gründe für eine Krankenseinweisung. Eine frühzeitige Prophylaxe oder Behandlung mit oralen Antikoagulanzen kann schwere Folgen für die Betroffenen verhindern, ist aber nicht ohne Risiko. Nutzen und Risiko der Behandlung mit Gerinnungshemmern müssen deshalb sorgfältig und vor allem individuell abgewogen werden.

Für das effektive Blutgerinnungsmanagement stehen derzeit unterschiedliche Wirkstoffe zur Verfügung: Die orale Antikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten wie Warfarin oder Phenprocoumon verringert zwar das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern, geht jedoch mit einem gewissen Blutungsrisiko einher. Die Wirkung des Vitamin-K-Antagonisten setzt häufig nur langsam ein. Zudem lassen mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (und Nahrungsmitteln) die genaue Wirkstärke nicht exakt voraussehen. Die Folge: die Blutgerinnung mit Vitamin-K-Antagonisten muss engmaschig kontrolliert werden.

Bei den drei neuen Gerinnungshemmern Rivaroxaban, Dabigatran und Apixaban entfallen diese Kontrollen. Umso wichtiger ist die regelmäßige Einnahme. Die Ergebnisse der Zulassungsstudien dieser drei Gerinnungshemmer sowie eine umfassende Meta-Analyse mit über 14500 Patienten zeigen, dass die neuen Wirkstoffe einen besseren Schutz vor einem erneuten Schlaganfall bieten als Warfarin oder Phenprocoumon bei einem gleichzeitig geringeren Blutungsrisiko.

Dabigatran

Dabigatran ist ein Wirkstoff, der den Blutgerinnungsfaktor Thrombin direkt hemmt. Dabigatran ist seit 2011 zur Schlaganfallprophylaxe bei Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfallrisiko zugelassen. Die Zulassungsstudie RELY mit mehr als 18.000 Risikopatienten mit Vorhofflimmern untersuchte Wirkung und Risiko von Dabigatran im Vergleich zu dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin.

Ergebnis: In einer niedrigeren Dosierung (2x 110 mg/Tag) war Dabigatran genauso wirksam wie Warfarin bei einem signifikant niedrigerem Blutungsrisiko. Bei einer höheren Dosierung (2 x 150 mg/Tag) reduzierte Dabigatran die Schlaganfallrate signifikant stärker als

Warfarin (relative Risikoreduktion um 35%, gemessen an einem Schlaganfall oder einer systemischen Embolie als sog. primäre Outcome-Parameter). Allerdings fand sich kein signifikanter Unterschied in den Sterberaten. Die Beobachtungsdauer betrug in dieser ersten Phase durchschnittlich etwa 2 Jahre.

Fazit: Dabigatran war in beiden Dosierungen bezüglich der Schlaganfallrate sowie der Rate, eine systemische Embolie zu erleiden, Warfarin nicht unterlegen. Vielmehr war eine höhere Dabigatran-Dosis einer Therapie mit Warfarin sogar überlegen. In beiden Dosierungen ging eine Dabigatran-Therapie mit einer niedrigeren Rate relevanter Blutungskomplikationen einher.

Anhaltender Schutz auch bei längerer Gesamtdauer

Mit der RELY-ABLE-Studie, in die ein Teil des ursprünglichen Patientenkollektivs beider Dabigatran-Arme (2 x 110mg/Tag bzw. 2 x 150 mg/Tag) einging, wurde die Gesamtbeobachtungsdauer nun auf insgesamt 4,3 Jahre verlängert, was die Datenlage bezüglich Wirksamkeit und Sicherheit untermauert: Auch in der Fortsetzungsstudie mit 5851 Patienten, blieb die jährliche Rate ischämischer Schlaganfälle auf einem weiterhin niedrigen Niveau (1,15% bei 2 x 150mg/Tag bzw. 1,24% bei 2 x 110 mg/Tag) bei weiterhin niedrigen Blutungsraten. Aus den übereinstimmenden Ergebnissen der beiden Studienphasen schließen die Experten einen anhaltenden Schutz durch Dabigatran.

Quelle: Connolly SJ et al; RE-LY Steering Committee and Investigators. N Engl J Med 2009; 361:1139-51

Rivaroxaban

Rivaroxaban ist ein direkter Hemmstoff des aktivierten Gerinnungsfaktors Xa der Blutgerinnungskaskade. Eingesetzt wird Rivaroxaban zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE), zur Schlaganfallprävention bei

Patienten mit Vorhofflimmern sowie zur Behandlung von akuten tiefen Venenthrombosen.

Der klinische Nutzen von Rivaroxaban im Vergleich zur Antikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten (Warfarin) wurde in der randomisierten und doppelblind durchgeführten ROCKET-AF-Studie (Phase III) mit mehr als 14.000 Patienten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfallrisiko untersucht: Die Patienten erhielten entweder Rivaroxaban einmal täglich oder Warfarin. Ziel der Studie war es, die Nichtunterlegenheit von Rivaroxaban zu belegen.

Ergebnis: Beide Wirkstoffe ergaben eine vergleichbare Wirksamkeit in der Prävention von Schlaganfällen und peripheren Embolien: die jährliche Ereignisrate lag bei 1,7% unter Rivaroxaban versus 2,2% unter Warfarin ($p < 0,001$). Auch das Auftreten klinisch relevanter Blutungen insgesamt war vergleichbar (14,9% unter Rivaroxaban versus 14,5% unter Warfarin), unter Rivaroxaban traten jedoch seltener intrakranielle und tödliche Blutungen auf als unter Warfarin. Die Beobachtungsdauer betrug etwa 1,9 Jahre.

Fazit: Bei der Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern in der Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien ist Rivaroxaban in seiner Wirkung gegenüber Warfarin keineswegs unterlegen, zeigt jedoch insgesamt ein signifikant geringeres Risiko für intrakranielle und tödliche Blutungen. In Bezug auf die klinisch relevanten Blutungskomplikationen zeigten die beiden Wirkstoffe keinen signifikanten Unterschied.

Quelle: Patel MR et al; ROCKET AF Investigators. N Engl J Med 2011; 365:883-91

Apixaban

Apixaban ist ein direkter Hemmstoff des aktivierten Gerinnungsfaktors Xa der Blutgerinnungskaskade. Eingesetzt wird Apixaban zur Prophylaxe von venösen Thromboembolien nach elektiven orthopädischen Operationen.

Der klinische Nutzen von Apixaban im Vergleich zu Warfarin wurde in der randomisierten, doppelblinden ARISTOTLE-Studie mit über 18.000 Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens einem weiteren Risikofaktor für Schlaganfall untersucht. Primäres Ziel war es, die Nichtunterlegenheit von Apixaban gegenüber Warfarin hinsichtlich der Schlaganfallrate (ischämisch oder hämorrhagisch) und anderer systemischer Embolien zu zeigen.

Ergebnis: Apixaban zeigte sich gegenüber Warfarin überlegen: die jährliche Ereignisrate für den primären Endpunkt lag bei 1,3% unter Apixaban gegenüber 1,6% unter Warfarin ($p = 0,01$ für Überlegenheit, $p < 0,001$ für Nichtunterlegenheit). Klinisch relevante und intrakranielle Blutungen traten unter Apixaban signifikant seltener auf, ebenso Tod. Die Beobachtungsdauer betrug etwa 1,8 Jahre.

Fazit: Apixaban zeigte gegenüber Warfarin bei der Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern eine deutliche Überlegenheit, sowohl in Bezug auf die Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien als auch im Auftreten von Blutungen und wies zudem eine geringere Mortalitätsrate auf.

In einer weiteren doppelblinden Studie, bei der über 5.500 Patienten mit Vorhofflimmern und einem erhöhten Schlaganfallrisiko vor der Rekrutierung mit einem Vitamin-K-Antagonisten behandelt, dann aufgrund der klaren Überlegenheit von Apixaban neu eingestellt wurden, verringerte Apixaban das Risiko von Schlaganfällen und systemischen Embolien ohne die Rate relevanter Blutungskomplikationen und intrakranieller Blutungen zu erhöhen (im Vergleich mit ASS, Acetylsalicylsäure).

Quellen:

Granger CB et al; ARISTOTLE Committees and Investigators. N Engl J Med 2011; 365:981-92

Connolly SJ et al; AVERROES Steering Committee and Investigators. N Engl J Med 2011; 364:806-17

Ankündigung

4. Heidelberger Herztag

„Brennpunkt Herz“

Moderation: Prof. Dr. med. Bernd-Dieter Gonska, Karlsruhe

Samstag, 29. Juni 2013

Conference Center | Dr. Rainer Wild Holding
Mittelgewannweg 10 | 69123 Heidelberg

Diese Fortbildungsveranstaltung ist von der Ärztekammer Baden-Württemberg für das DMP-KHK, das DMP-Diabetes und das DMP-COPD anerkannt und wird mit 8 CME-Punkten bewertet. Die Veranstaltung richtet sich ausschließlich an Ärztinnen und Ärzte.

Das Programm, die Referenten und die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie auf unserer Website www.heidelberger-herztag.de