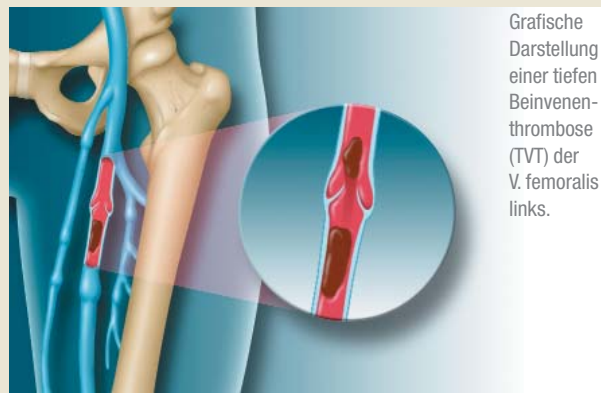


REFERIERT

Nach Beinvenenthrombose oder Lungenembolie 3 Monate antikoagulieren

Für Patienten mit einer tiefen Beinvenenthrombose (TVT) oder einer Lungenembolie (LE) ist eine befristete Antikoagulation zwingend indiziert. Die Antikoagulation erfolgt zunächst für 5 Tage mit Heparin und dann überlappend mit Marcumar oder Warfarin. Es wird empfohlen, sie 3 bis 6 Monate lang fortzusetzen.

Die British Thoracic Society hat die Ergebnisse einer prospektiven randomisierten Studie vorgestellt, an der 46 Kliniken teilnahmen (1). Nach Zufallskriterien wurden 369 Patienten mit TVT und/oder LE 3 Monate, 380 Studienteilnehmer 6 Monate lang nach dem akuten Ereignis antikoaguliert; der Zielwert des INR lag zwischen 2,0 und 3,5. Alle Patienten wurden 1 Jahr lang nachbeobachtet. Schlechte Zielwerte in den ersten 3 Monaten waren in beiden Gruppen mit 13 % beziehungsweise 11 % etwa gleich häufig, in der 6-Monatsgruppe sank dieser Wert auf 4 %. Die Zahl der Komplikationen innerhalb eines Jahres war in beiden Gruppen weitgehend identisch mit Tod durch Lungenembolie in 0,5 % beziehungsweise 0,8 %. Keine Rückbildung, eine Progression oder eine Rezidivthrombose dokumentierten die Wissenschaftler in 8 % beziehungsweise 7 % und schwere Blutungen in 0 % und 2 % der Fälle. Die Komplikationsquote lag bei dreimonatiger Antikoagulation bei 8 %,



Grafische Darstellung einer tiefen Beinvenenthrombose (TVT) der V. femoralis links.

mauritus images / Photobase

bei sechsmonatiger Antikoagulation bei 9 %. Bei der sechsmonatigen Antikoagulation gab es einen leichten Trend zu einer besseren Verhinderung thromboembolischer Komplikationen, allerdings entwickelten sich auch mehr schwere Blutungen. Die Empfehlung, dass eine dreimonatige Antikoagulation nach einer TVT und/oder LE ausreicht, entspricht im Übrigen auch den deutschen von Hach-Wunderle et al. 2005 veröffentlichten Leitlinien (2).

1. Campbell IA et al.: Anticoagulation for three versus six months in patients with deep vein thrombosis or pulmonary embolism, or both: a randomised trial. BMJ 2007; 334: 634–37. E-Mail: jan.campbell@cardiffandvale.wales.nhs.uk

2. Hach-Wunderle V et al.: Interdisziplinäre S2-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Bein- und Beckenvenenthrombose und der Lungenembolie. VASA (Zeitschrift für Gefäßkrankheiten/Journal for vascular diseases) 2005; 35: Suppl. 66. E-Mail: Hach-Wunderle@t-online.de

Kochsalzrestriktion senkt kardiovaskuläres Risiko

Aus Beobachtungsstudien war bekannt, dass bei Völkern, die traditionell wenig Kochsalz zu sich nehmen, Bluthochdruck und entsprechende Folgeerkrankungen seltener sind als in Vergleichspopulationen mit hohem Salzverbrauch. Die vorliegende Studie berichtet über Langzeitergebnisse von Patienten aus 2 großen randomisierten Studien zur Hypertonie-Prävention durch verschiedene lebensstilbezogene, nicht medikamentöse Interventionsmaßnahmen.

An der TOHP-1-Studie nahmen 2 182 Probanden mit einem diastolischen Blutdruck zwischen 80 und 89 mm Hg (Prähypertonus) teil. Die zwischen 1987 und 1988 eingeschlossenen Teilnehmer waren zwischen 30 und 54 Jahre alt. Einer Gruppe wurde eine Natriumrestriktion nahegebracht (n = 327), bei der Kontrollgruppe erfolgte keine spezielle Intervention, jedoch eine allgemeine Beratung hinsichtlich einer gesunden Lebensweise. TOHP 2 untersuchte zwischen 1990 und 1995 insgesamt 2 382 Personen in 4 Gruppen. Die Intervention bestand entweder aus einer Natriumrestriktion (n = 594), einer Gewichtsreduktion (n = 595) oder einer Kombination aus beiden (n = 597). Bei der Kontrollgruppe erfolgte keine Intervention (n = 596). Das Alter der Teilnehmer lag wiederum zwischen 30 und 54, der diastolische Blutdruck zwischen 83 und 89 mm Hg, der systolische Blutdruck unter 140 mm Hg und das Körpergewicht zwischen 110 und 165 % des Idealgewichts.

In den Interventionsarmen konnte die Natriumaufnahme um 25 bis 35 % gesenkt werden. In der TOHP-1-Studie sank nach 18 Monaten der systolische Blutdruck signifikant um 1,7 mm Hg und der diastolische um 0,8 mm Hg. Die TOHP-2-Studie erbrachte nach 3 Jahren eine systolische Blutdrucksenkung um 1,2 mm Hg und eine diastolische von 0,7 mm Hg im Vergleich zu keiner Natriumrestriktion.

Ab dem Jahr 2000 bis 2004/2005 wurden die ehemaligen Studienteilnehmer per Telefon und Fragebögen in zweijährigem Intervall bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse interviewt. Nach Adjustierung bezüglich des Lebensalters fand man einen signifikanten Unterschied in den kumulativen Inzidenzraten kardiovaskulärer Ereignisse zwischen den Teilnehmern mit und ohne Intervention für beide TOHP-Studien. Nicht adjustiert gaben im Follow-up bis 2004/5 die 1 169 Probanden aus der Interventionsgruppe 88 Ereignisse (7,5 %) an, die 1 246 Studienteilnehmer aus der Kontrollgruppe 112 Ereignisse (9 %) an. Der Unterschied war nicht signifikant. Eine Schwäche der Studie ist sicher, dass nur 77 % am Follow-up teilgenommen hatten. Die Senkung des kardiovaskulären Risikos durch Kochsalzrestriktion um 25 % (relatives Risiko) sollte in die Ernährungsberatung Eingang finden: So empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung eine Restriktion der Kochsalzzufuhr auf 6 g pro Tag nach einem Herzinfarkt; im Mittel verzehren die Deutschen derzeit 10 g. Ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2004 kommt zu dem Ergebnis, dass eine Reduktion des täglichen Salzkonsums auf 4,5 g pro Tag einen erhöhten Blutdruck um 5 mm Hg systolisch und 2,7 mm Hg diastolisch senken kann.

Cook NR et al.: Long-term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcome: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). BMJ 2007; 334: 885. E-Mail: ncook@rics.bwh.harvard.edu