

CHIRURGIE

Neue Erkenntnisse zur perioperativen Betablockade

Während der perioperative Einsatz von Betablockern bei Herzoperationen unstrittig ist, wird die Betablockade bei anderen Operationen kontrovers diskutiert. Für Verunsicherung sorgten die POISE-Studie im Jahr 2008 und eine Meta-Analyse im Jahr 2013, in der die perioperative Betablockade bei Nicht-Herzoperationen mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden war. Neue US-Daten bei mehr als 326.000 chirurgisch versorgten US-Veteranen (bei 96 % waren es keine Herzeingriffe) liefern nun ein klareres Bild. Danach ist nur bei Operationen mit deutlich erhöhtem kardialen Risiko eine perioperative Betablockade von Nutzen; bei Nicht-Herzeingriffen ohne kardiale Risiken war hingegen nach perioperativer Betablockade die Mortalität um 20 % erhöht. Bei 42 % aller Nicht-Herzeingriffe wurden perioperativ Betablocker eingesetzt. Das kardiale Risiko der Eingriffe wurde nach vier Faktoren mit jeweils einem Punkt bewertet: Niereninsuffizienz (Serumkreatinin > 2 mg/dl, Vorliegen einer KHK, Vorliegen eines Diabetes sowie Eingriffe an Abdomen/Thorax). Bei Patienten, bei denen mindestens drei Faktoren erfüllt waren und die perioperativ Betablocker erhielten, war die 30-Tage-Mortalität signifikant um 37 % geringer als bei Patienten ohne Betablockade. Keine Unterschiede zeigten sich bei Patienten mit einem oder zwei Risikofaktoren; bei Patienten ohne Risikofaktoren waren Betablocker mit einer signifikant erhöhten Mortalität verbunden.

QUELLE

- Friedell M et al.: β -Blockade and Operative Mortality in Noncardiac Surgery: Harmful or Helpful? JAMA Surg 2015, published online May 27

VORHOFFLIMMERN (VHF)

Bereits ein Risikofaktor verdreifacht Schlaganfallrisiko von VHF-Patienten

VHF-Patienten mit geringem Schlaganfall-Risiko (beurteilt nach CHA₂DS₂-VASc Score) haben tatsächlich sehr niedrige Ereignisraten, bestätigen dänische Registerdaten mit insgesamt fast 40.000 Patienten. Die Zahl der Schlaganfälle betrug rund 0,5 pro 100 Personenjahre, die Zahl der Blutungsereignisse lag bei unbehandelten Patienten bei etwa 1,1 pro 100 Personenjahre. Aber bereits bei Vorliegen nur eines zusätzlichen Risikofaktors (wie höheres Alter, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes), entsprechend einem Score von 1 bzw. 2, verdreifachten sich Schlaganfallrate und Mortalität, wenn die Patienten nicht mit oralen Antikoagulanzen behandelt wurden. Die Blutungsrate stieg auf das 2,4-Fache.

QUELLE

- Lip G et al.: Oral Anticoagulation, Aspirin, or No Therapy in Patients With Nonvalvular AF With 0 or 1 Stroke Risk Factor Based on the CHA₂DS₂-VASc Score. JACC 2015; 65(14): 1385-1394

Betablockade nur vorteilhaft bei hohem kardialen Risiko



IHR PLUS IM NETZ
Volltext online

Dänische Daten belegen Stellenwert der frühzeitigen Antikoagulation



IHR PLUS IM NETZ
Abstract online