DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 46, S. 62a; Ausgabe 08 / 2012

Frühe Operation versus konventionelle Therapie bei komplizierter Linksherz-Endokarditis

Wir haben mehrfach über den Stellenwert des operativen Klappenersatzes bei der infektiven Endokarditis berichtet (1, 2). Insbesondere bei *Staph.-aureus*-Endokarditis ist ein Klappenersatz meist notwendig. Kontrovers ist jedoch die Indikation und der Operationszeitpunkt bei Linksherz-Endokarditis. Es gilt, insbesondere embolische Ereignisse zu verhindern, die erheblich zu Morbidität und Letalität bei dieser Erkrankung beitragen. Die amerikanische Leitlinie (American College of Cardiology-American Heart Association) empfiehlt einen frühen operativen Klappenersatz nur bei rezidivierenden Embolien und persistierender Vegetation auf der Herzklappe (3). In den Leitlinien der European Society of Cardiology wird dagegen eine Klappenoperation empfohlen, wenn die Vegetation größer als 15 mm im Durchmesser ist (4). Zu dieser Frage wurde nun erstmals eine klinische Studie vorgelegt (5).

Patienten aus Südkorea mit Linksherz-Endokarditis und großen Vegetationen (Durchmesser der Vegetation auf Aorten- oder Mitralklappe > 10 mm) wurden in zwei Gruppen randomisiert. Gruppe 1: Operation (n = 37) innerhalb von 48 h nach Stellung der Diagnose und Beginn der antibiotischen Therapie. Gruppe 2: Diese Patienten (n = 39) wurden Leitlinien-konform und den Erregern entsprechend zunächst nur antibiotisch behandelt (konventionelle Gruppe). Der primäre Endpunkt der Studie war definiert aus Tod und/oder embolischen Ereignissen in den ersten sechs Wochen nach Randomisierung.

Wegen vordefinierter akuter Komplikationen bzw. anhaltender Symptome (Embolien, anhaltendes Fieber, Klappeninsuffizienz, in der Größe persistierende Vegetationen) wurden aus der konventionellen Gruppe 30 (77%) Patienten operiert, 27 noch während des stationären Aufenthalts und drei in der Nachbeobachtungsphase. Der primäre Endpunkt wurde bei einem Patienten (3%) der Gruppe 1 und bei neun (23%) der Gruppe 2 erreicht (Hazard Ratio = HR: 0,1; 95%-CI: 0,01-0,82; p = 0,03). In Gruppe 1 starb ein Patient während des stationären Aufenthalts und keiner hatte ein embolisches Ereignis. In Gruppe 2 starb ebenfalls ein Patient während des stationären Aufenthalts und acht hatten embolische Ereignisse. Ein zusammengesetzter Endpunkt aus Tod und/oder embolisches Ereignis und/oder Rezidiv der Endokarditis nach sechs Monaten trat bei 3% der Patienten in Gruppe 1 und bei 28% der Gruppe 2 auf (HR: 0,08; CI: 0,01-0,65; p = 0,02). Insgesamt war die Letalität in dieser Studie niedriger als nach Ergebnissen anderer Studien zu erwarten war. Dies kann an dem insgesamt aggressiven chirurgischen Vorgehen liegen (es wurden noch 77% der Patienten aus der konventionellen Gruppe operiert) oder aber an dem geringen Anteil (ca. 10%) von *Staph.-aureus*-Endokarditiden in dieser Studie.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Fazit: Nach dieser Studie ist bei Linksherz-Endokarditis mit großen Vegetationen ein früher operativer Klappenersatz der konventionellen Therapie überlegen.

Literatur

1. AMB 2007, **41**, 78b. Link zur Quelle
2. AMB 2012, **46**, 04b. Link zur Quelle
3. Bonow, R.O., et al.:Circulation 2006, **114**, e84 16880336. Link zur Quelle Errata: Circulation 2007, **115**, e409 und 2010, **121**, e443.
4. Habib, G., et al.: Eur.Heart J. 2009, **30**, 2369. Link zur Quelle
5. Kang, D.H, et. al. (EASE= **EA**rly **S**urgery versus conventional treatment in infective **E**ndocarditis):N. Engl. J. Med. 2012, **366**, 2466. Link zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.