**Was ist neu in der medikamentösen Therapie?
Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.**

Checken Sie die Risikofaktoren!

Auch internistische Patienten brauchen Thromboseschutz

Bei internistischen Patienten müssen dispositionelle und expositionelle Risikofaktoren für Thromboembolien berücksichtigt werden. So zählen nach der aktuellen S3-Leitlinie ein Lebensalter über 60 Jahren und ein Body-Mass-Index $> 30 \text{ kg/m}^2$ schon zu den dispositionellen Risikofaktoren der mittleren Kategorie. Eine frühere venöse Thromboembolie (VTE) stellt bereits ein hohes Risiko dar. Bei den expositionellen (krankheitsbedingten) Risikofaktoren führt etwa eine akut dekompensierte, schwere obstruktive Lungenerkrankung oder eine Infektion mit Bettlägerigkeit zu einem mittleren VTE-Risiko.

Internistische Risikopatienten profitieren von einer verlängerten Prophylaxe. Dies geht aus der EXCLAIM-Studie hervor, die Univ.-Doz. Dr. Ansgar Welter-

mann, Linz, vorstellte. An dieser placebo-kontrollierten Studie nahmen 5105 akut internistisch erkrankte Patienten teil, die in ihrer Mobilität eingeschränkt waren. Nach einer zehntägigen Behandlung mit 40 mg/d Enoxaparin (Clexane®) erhielten sie im Anschluss entweder Enoxaparin in der gleichen Dosierung oder ein Placebo-Präparat für weitere vier Wochen.

Verlängerte Prophylaxe schützt signifikant besser

Die verlängerte Prophylaxe senkte das VTE-Risiko von 4,0 auf 2,5%. Die Rate symptomatischer Thromboembolien wurde von 1,0 auf 0,2% reduziert. Beide Ergebnisse waren statistisch signifikant. Ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis zeigte sich für über 75-Jährige, Frauen und höhergradig immobile Patienten.

Auf den Aspekt der VTE-Prophylaxe bei Niereninsuffizienz ging Prof. Reinhard Klingel aus Mainz ein. Bei einer schweren Niereninsuffizienz mit einer GFR $< 30 \text{ ml/min}$ besteht für die meisten Antikoagulanzen inklusive Kumarine keine Zulassung. Hier zählt Enoxaparin zu den wenigen Substanzen, die mit der Empfehlung einer angepassten Dosisreduzierung und Monitoring der Anti-Faktor-Xa-Aktivität zugelassen sind. Auch bei terminaler Niereninsuffizienz und Hämodialyse (mit gleichzeitig erhöhter Thrombose- und Blutungsneigung) haben sich niedermolekulare Heparine wie Enoxaparin bewährt.

■ Dr. med. Andreas Fischer
Quelle: Symposium, DACH-Tagung Angiologie, Basel, 15. September 2010 (Veranstalter: Sanofi-Aventis)

Koronarintervention nach Myokardinfarkt

Neuer Plättchenhemmer jetzt Leitlinientherapie

In die neue Leitlinie der europäischen Kardiologengesellschaft (ESC) zur myokardialen Revaskularisation wurde erstmals der Thrombozytenhemmer Prasugrel (Efient®) aufgenommen. Danach ist das Thienopyridin das Medikament der ersten Wahl für die duale Plättchenhemmung bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, die sich einer perkutanen Koronarintervention (PCI) unterziehen müssen (Evidenzklasse I, Evidenzgrad B; Clopidogrel IC). Bei akutem Koronarsyndrom ohne ST-He-

bung wurde Prasugrel in die Empfehlungsklasse II A eingestuft (Clopidogrel I). Diese neuen Empfehlungen stellte Prof. Sigmund Silber, München, beim europäischen Kardiologenkongress vor.

Grundlage für die Einstufung war die Studie TRITON-TIMI 38: Die Patienten mit akutem Koronarsyndrom und Stentimplantation hatten mit Prasugrel/ASS signifikant weniger ischämische und thrombotische Komplikationen als mit Clopidogrel/ASS. Laut Silber hat Prasugrel einen klaren Vor-

teil gegenüber Clopidogrel: Weil es nicht erst aus einem Prodrug in das wirksame Arzneimittel umgewandelt werden muss, ist die Wirkung weniger variabel. Die Verlässlichkeit der dualen Plättchenhemmung ist essenziell, insbesondere um die oftmals tödlichen In-Stent-Thrombosen zu verhindern.

■ Dr. Wiebke Kathmann
Quelle: Media Briefing Meeting, ESC-Kongress, Stockholm, 31. August 2010 (Veranstalter: Daiichi-Sankyo und Lilly)