Was gibt es Neues in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

Neuer Plättchenhemmer zugelassen

Bessere Überlebenschancen nach Myokardinfarkt

— Seit Anfang Januar ist der Thrombozytenaggregationshemmer Ticagrelor (Brilique™) zur Behandlung von Patienten mit akuten Koronarsyndrom (NSTEMI oder STEMI) verfügbar. Das Medikament ist sowohl für Patienten geeignet, bei denen eine perkutane Koronarintervention oder eine Bypassoperation vorgenommen wurde, als auch für Patienten, die rein medikamentös behandelt werden.

Ticagrelor ist der erste Vertreter der neuen Substanzklasse der Cyclo-Pentyl-Triazolopyrimidine (CPTP). Das Medikament unterscheidet sich von anderen Plättchenhemmern wie Clopidogrel und Prasugrel in mehreren Aspekten. Zum einen hemmt es die Thrombozytenaggregation effektiver als Clopidogrel, und die Wirkung tritt schneller ein, sodass die Patienten schneller und besser vor einem erneuten Ereignis geschützt sind. Zum anderen hemmt Ticagrelor die Thrombozytenaggregation reversibel, die Hemmung durch Clopidogrel und Prasugrel

erfolgt dagegen irreversibel. Die reversible Bindung des neuen Plättchenhemmers könnte eine Erklärung dafür sein, dass das Blutungsrisiko im Vergleich zu Clopidogrel nicht erhöht ist, obwohl die Wirkung stärker ist.

Weniger kardiovaskuläre Todesfälle, aber nicht mehr Blutungen

Die Unterschiede von Ticagrelor und Clopidogrel spiegeln sich in den Ergebnissen der PLATO-Studie wider. An dieser Studie, die zur Zulassung des neuen Medikaments führte, nahmen mehr als 18 600 Patienten teil. Ticagrelor plus ASS war besser wirksam als Clopidogrel plus ASS, ohne das Risiko für schwere Blutungen zu steigern. Nach zwölf Monaten war der primäre Endpunkt bestehend aus kardiovaskulärer Mortalität, Myokardinfarkt und Schlaganfall unter Ticagrelor signifikant um 16% seltener eingetreten als unter Clopidogrel (9,8 vs. 11,7%). Bemerkenswert ist, dass der neue Plättchenhemmer

auch die kardiovaskuläre Mortalität (5,1 vs. 4,0%) signifikant um 21% reduzierte. „Das ist endlich wieder eine Studie, in der nicht nur ein kombinierter Endpunkt, sondern auch isolierte Endpunkte gesenkt wurden“, kommentierte Prof. Hugo Katus, Heidelberg, die Ergebnisse. Schwere Blutungen, die als primärer Sicherheitsendpunkt erfasst wurden, traten in beiden Behandlungsgruppen etwa gleich häufig auf (11,6 vs. 11,2%; $p = 0,43$).

Das Fazit von Prof. Uwe Zeymer, Ludwigshafen: „Die 1-Jahres-Mortalität nach einem akuten Koronarsyndrom liegt immer noch über 10%. Deshalb müssen wir Strategien suchen, um die Mortalität zu senken. Hier ist Platz für Verbesserungen. Therapien mit nachgewiesener Senkung der Mortalität sind gut geeignet, um die Prognose der Patienten zu verbessern.“

■ Dr. Judith Neumaier
Quelle: Pressekonferenz, Frankfurt, 14. Dezember 2010 (Veranstalter: AstraZeneca)

Akute Schmerzen

Wie sicher ist die Selbstmedikation mit NSAR?

— Einer Vergleichsstudie zufolge ist Diclofenac-Kalium mindestens ebenso verträglich wie Ibuprofen und deutlich besser verträglich als Acetylsalicylsäure.

Mäßige Akutschmerzen sind eine Domäne der Selbstmedikation mit frei verkäuflichen NSAR und ASS. Diese Medikamente sind aber mit einem Risiko für

gastrointestinale Schäden verbunden. Diclofenac hat eine gewisse Selektivität für die Cyclooxygenase-(COX)-2, berichtete Prof. Christopher Hawkey, Nottingham/GB. Daher bestünde im Vergleich zu Ibuprofen und ASS ein Potenzial für eine stärkere Schmerzlinderung bei einer niedrigeren gastrointestinalen Toxizität.

Um die gastrointestinale Verträglichkeit und Sicherheit der drei Substanzen zu vergleichen, wurde eine randomisierte vierarmige Studie über sechs Tage durchgeführt. Insgesamt 132 Probanden erhielten entweder Diclofenac-Kalium 2 x 12,5 mg als Tabletten oder 25 mg als Weichkapsel, ASS 2 x 500 mg oder Ibu-