Chirurgie ist, wenn es blutet

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Auch für die Zukunft deutet sich an, dass es bei koronarchirurgischen Eingriffen trotz aller blutsparenden Maßnahmen und präziser Operationstechniken bei bisher nur einzelnen, in Zukunft aber vielleicht auch vielen Eingriffen wieder mehr bluten wird, als wir Herzchirurgen das üblicherweise gewohnt sind.

Der Hintergrund für diese Annahme ist, dass damit zu rechnen ist, dass die beiden neuen antithrombozytären Substanzen Ticagrelor und Prasugrel in Zukunft weit mehr auf der Basis einer „First-line“-Empfehlung in der Behandlung des akuten Koronarsyndroms in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) eingesetzt werden. Entsprechende Empfehlungen sind in der neuen Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC, [1]) formuliert; hier erhält die duale Therapie mit ASS und Ticagrelor oder Prasugrel Präferenz vor bisherigen Konzepten mit ASS und Plavix.

» „First-line“-Empfehlung für Ticagrelor und Prasugrel beim akuten Koronarsyndrom

Aus den repräsentativen Gesamtstudien mit jeweils 18.624 Patienten (Ticagrelor) und 13.608 Patienten (Prasugrel) in den Studien Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) sowie Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel Thrombolysis in Myocardial Infarction 38 (TRITON-TIMI 38) deutete sich schon an, dass der signifikante „survival benefit“ nach einem Jahr mit

relevanten Blutungskomplikationen verbunden ist.

Nachdem eine für unseren Leserkreis höchst interessante herzchirurgische Subgruppe für Ticagrelor 2011 bereits publiziert wurde [2], ist aktuell im Juni eine analoge Publikation für die herzchirurgische Subgruppe mit Prasugrel [3] erschienen. Während in der Ticagrelorsubgruppe ein Überlebensvorteil gegenüber Clopidogrel anscheinend ohne signifikant erhöhtes Blutungsrisiko beobachtet wurde, zeichnen sich für Prasugrel auffallend mehr Blutungsprobleme ab und – man staune – bei trotzdem günstigem „survival effect“ auch in dieser Gruppe. Dabei ist zu beachten, dass für einen nennenswerten Teil der Patienten die Studiensubstanz bis zur Operation schon mehrere Tage bis hin zu einer Woche pausiert war.

Nachdem die Herzchirurgen über die Jahre effektive Konzepte für Operationen unter fortgesetzter Therapie mit ASS, aber auch mit ASS und Clopidogrel erarbeitet haben, bleibt abzuwarten, ob sich für ASS und Ticagrelor oder Prasugrel ähnlich geeignete Maßnahmen finden lassen.

Das Management von Blutungen und Blutungskomplikationen wird jedenfalls auf absehbare Zeit ein zentrales Thema in der Herzchirurgie bleiben. Also: Chirurgie ist, wenn es blutet!

Viel Freude und Interesse beim Lesen des Kleingedruckten der herzchirurgischen Subgruppenanalysen.

Ihr

Prof. Dr. Jochen Cremer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Cremer

Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie,
 Universitätsklinikum
 Schleswig-Holstein,
 Campus Kiel
 Arnold-Heller-Str. 3, Haus 18,
 24105 Kiel
 JCremer@kielheart.uni-kiel.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/Guidelines-NSTE-ACS-FT.pdf>. Zugegriffen: 15. Oktober 2012
2. Held C, Åsenblad N, Bassand JP et al (2011) Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes undergoing coronary artery bypass surgery. J Am Coll Cardiol. 57:672–684
3. Smith PK, Goodnough LT, Levy JH et al (2012) Mortality benefit with prasugrel in the TRITON-TIMI 38 coronary artery bypass grafting cohort. J Am Coll Cardiol 60:388–396