Akutes Koronarsyndrom und perkutane Koronarintervention

Aktualisierte ESC-Empfehlungen zur Prophylaxe thrombotischer Komplikationen

— Die duale antithrombozytäre Therapie mit Acetylsalizylsäure (ASS) und einem Thienopyridin gilt als Basismaßnahme zur Prophylaxe thrombotischer Komplikationen bei akutem Koronarsyndrom und perkutaner Koronarintervention. „In dieser Indikation hat sich Prasugrel mittlerweile fest als Therapieoption etabliert“, berichtete Prof. Thomas Klingenheben, Bonn. Für Patienten mit ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI) hatte Prasugrel (Efient®) bereits 2010 in den ESC-Leitlinien eine I-B-Empfehlung erhalten.

In den im August 2011 auf dem ESC-Kongress vorgestellten aktualisierten Leitlinien gilt der Empfehlungsgrad I B nun auch für Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) und insbesondere für Diabetiker. Voraussetzung für den Einsatz ist, dass die Patienten kein erhöhtes Blutungsrisiko oder andere Komplikationen aufweisen.

Der Nachweis, dass Prasugrel Teil einer angemessenen Behandlungsstrategie zur Risikoreduzierung bei dieser Patienten-

gruppe sein kann, konnte in der Studie TRITON-TIMI 38 erbracht werden.

Relative Risikoreduktion um 18%

„Bei Patienten mit NSTEMI oder instabiler Angina pectoris reduzierte sich die Rate für das Auftreten eines der primären Endpunktereignisse kardiovaskulärer Tod und nicht tödlicher Myokardinfarkt bzw. Schlaganfall unter Prasugrel im Vergleich zu Clopidogrel relativ um 18%“, so Klingenheben. Die Inzidenzrate für diese Ereignisse betrug 9,9% (Prasugrel-Gruppe) versus 12,1% (Clopidogrel-Gruppe).

Laut Klingenheben spricht für Prasugrel, dass es bei geeigneten Patienten zu einer schnellen, starken und zuverlässigen Thrombozytenaggregationshemmung führt und zusätzlich durch die patientenfreundliche tägliche Einmalgabe und sein klares Dosierungsschema den Vorteil der einfachen Anwendung bietet. Geeignet für die Behandlung sind Patienten im Alter unter 75 Jahre und mit einem Körpergewicht über 60 kg sowie ohne transitorische ischä-

Das Risiko für Schlaganfälle wird durch die duale antithrombozytäre Therapie verringert.

mische Attacke/Schlaganfall in der Anamnese, ohne erhöhtes Blutungsrisiko und ohne sonstige Kontraindikationen.

„Für den Behandlungserfolg ist es entscheidend, die duale antithrombozytäre Therapie, wie in den aktuellen Leitlinien angegeben, über zwölf Monate fortzuführen“, ergänzte der Kardiologe.

■ Dr. Silke Wedekind

Quelle: Presseworkshop auf dem ESC-Kongress, Paris, August 2011 (Veranstalter: Daiichi Sankyo und Lilly)

Behandlung der schweren Hypertonie

Die richtige Fixkombination für Risikopatienten

— Als Antwort auf die immer noch ungenügende Kontrolle der Hypertonie gilt die Kombination unterschiedlicher Antihypertensiva als neuer Therapiestandard. Fixkombinationen steigern die Adhärenz und vereinfachen die Therapie.

Die Leitlinien der European Society of Hypertension (ESH) von 2009 sehen eine primäre Kombinationstherapie vor bei Patienten mit hohem bis sehr hohem kardiovaskulären Risiko, erläuterte Prof. Peter Trenkwalder, Starnberg. Dazu zählen Diabetiker, Patienten mit Niereninsuffizienz oder Hypertoniker Grad 2 oder 3 mit einem Blutdruck über 160/100 mmHg. Seit gut einem Jahr profitieren Risikopatienten von der Fixkombination aus dem AT₁-Antago-

nisten Telmisartan und dem Kalziumantagonisten Amlodipin (Twynta®).

Deutliche Absenkung des systolischen Blutdrucks

Bei Patienten mit mittelschwerer Hypertonie lässt sich der systolische Blutdruck mit dieser Kombination um 30–40 mmHg und bei schwerer Hypertonie um bis zu 50 mmHg absenken. Das ist eine Größenordnung, für die ein Konkurrenzprodukt bereits eine Dreierkombination mit zusätzlich Hydrochlorothiazid (HCT) benötigt, erklärte Trenkwalder. Fixkombinationen aus einem Hemmstoff des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) und einem Kalziumantagonisten eignen sich seiner Ansicht nach be-

sonders für Patienten mit bisher unzureichender Blutdruckkontrolle.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Hochdruckpatienten mit Begleiterkrankungen, die dafür in Frage kommen: Patienten mit metabolischem Syndrom, Typ-2-Diabetes, Adipositas, stabiler koronarer KHK, Altershypertonie/ isoliert systolischer Hypertonie, Linksherzhypertrophie, Risiko für Schlaganfall/Demenz und mit Asthma/COPD.

■ Martin Bischoff

Quelle: Lunch-Symposium „Hypertonie & Vorhofflimmern“, Kongress der Deutschen Hochdruckliga, Köln, November 2011 (Veranstalter: Boehringer Ingelheim)