Antikoagulation bei Vorhofflimmern

Wann oral, wann althergebracht?

— Die Zahl der Vorhofflimmerpatienten, die eine orale Antikoagulation zur Schlaganfallprävention nehmen, hat deutlich zugenommen. Dies ist auch an einem verstärkten Schulungsinteresse zum Selbstmanagement spürbar, berichtete Prof. Carl-Erik Dempfle, Mannheim. Trotz neuer oraler Antikoagulanzen werde weiterhin mit Phenprocoumon (Marcumar®) antikoaguliert. Dies liegt v. a. daran, dass Hausärzte jahrzehntelange Erfahrung mit der Substanz sowie deren Kontrollierbarkeit etwa durch CoaguChek® haben, erläuterte Dr. Kathrin-Sofie Heidinger, Gießen. „In Deutschland kann jeder Hausarzt einen Marcumar-Patienten therapieren.“

Nach Einschätzung von Dempfle sollten neue orale Antikoagulanzen gegeben werden, wenn unter Vitamin-K-Antagonisten Blutungskomplikationen vorkamen, extreme Dosierungen von Warfarin oder Phenprocoumon nötig sind, Unverträglich-

keiten von Vitamin-K-Antagonisten bestehen, mehrere Operationen oder sonstige invasiven Maßnahmen erforderlich und INR-Kontrollen nicht möglich sind. Bei den neuen Substanzen müssten dagegen folgende Besonderheiten beachtet werden: Bisher ist kein Antidot verfügbar, es sind spezielle Labortests erforderlich, um bei einer anstehenden Operation die Antikoagulation beurteilen zu können, es gibt derzeit keine Kontrolle über die Compliance der Patienten, und bei schwerer Nierenfunktionsstörung ist der Einsatz nicht möglich.

Bei Vitamin-K-Antagonisten kann zur Gerinnungskontrolle der INR-Wert in der Arztpraxis bestimmt und die Dosis ggf. direkt angepasst werden, erläuterte Dr. Herbert Brück, Erkelenz. Daten zeigen, dass der Schutz um so besser ist, je länger sich die Patienten im therapeutischen Bereich befinden. Durch das Selbstmanagement könne das Thromboembolierisiko im Ver-

© Klaus Rose

Je länger der Patient im therapeutischen Bereich ist, desto besser ist der Schutz.

gleich zur konventionellen INR-Kontrolle deutlich gesenkt werden. Die bewährte und leitliniengesicherte Kombination aus Vitamin-K-Antagonisten und Gerinnungs-Selbstmanagement wird somit ihre Berechtigung behalten. Sie ist u. a. für Patienten zu empfehlen, die durch Selbstmanagement ihre INR-Werte zuverlässig im therapeutischen Bereich halten können.

■ Rainer Klawki

Quelle: Veranstaltung „Antikoagulationskontrolle durch Gerinnungs-Selbstmanagement – aktuell wie nie zuvor“, Ketsch/Baden-Württemberg, März 2012 (Veranstalter: Roche Diagnostics)

Therapie des akuten Koronarsyndroms

Thienopyridine haben sich etabliert

— Bei der dualen Thrombozytenaggregation für Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) wurde der langjährige Standard Clopidogrel von den neuen P2Y12-Rezeptorantagonisten wie Prasugrel abgelöst. „Dank der Entwicklung neuer effektiver Thrombozytenaggregationshemmer ist Clopidogrel mittlerweile ein ‚Randprodukt‘, das leitliniengemäß bei Patienten mit Nicht-ST-Streckenhebungsinfarkt (NSTEMI) nur eingesetzt werden sollte, wenn die neuen P2Y12-Rezeptorantagonisten nicht geeignet sind“, erklärte Dr. Hannes Alber, Innsbruck. Auch bei ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI) und geplanter perkutaner Koronarintervention (PCI) ist die Evidenz für die P2Y12-Inhibitoren besser als für Clopidogrel, sodass sie mit einer IB-Empfehlung in die ESC-Leitlinien aufgenommen wurden (Clopidogrel: IC).

Senkung der Herzinfarktrate

Die Zulassung von Prasugrel (Efient®) bei ACS und geplanter PCI beruht auf den Daten der Studie TRITON-TIMI 38, in der die Substanz in Kombination mit Acetylsalizylsäure (ASS) mit Clopidogrel/ASS bei über 13 000 ACS-PCI-Patienten verglichen wurde (Wiviott SD et al. N Engl J Med 2007; 357: 2001–15). Die Inzidenz des primären kombinierten Endpunkts (kardiovaskulärer Tod, nicht tödlicher Herzinfarkt und nicht tödlicher Schlaganfall) wurde durch Prasugrel signifikant um relativ 19% gesenkt ($p < 0,001$). Dieses Ergebnis kam laut Alber in erster Linie durch die Senkung der Herzinfarktrate zustande. Bei STEMI-Patienten führte die effektive P2Y12-Hemmung zu einer signifikanten Risikoreduktion um relativ 21% und absolut 3,3% ($p = 0,0009$), ohne Anstieg nicht bypassbedingter Blu-

tungen. Bei der Verhinderung kardiovaskulär bedingter Todesfälle erwies sich Prasugrel in dieser Subgruppe mit einer Risikoreduktion um absolut 1% gleichfalls als signifikant überlegen ($p = 0,0469$).

Gerade die kardiovaskulär besonders gefährdeten Diabetiker profitierten Albers zufolge mit einer signifikanten Risikoreduktion um relativ 30% und absolut 5% ausgeprägt von Prasugrel ($p < 0,001$). Bei älteren Patienten und Patienten < 60 kg erwiesen sich Prasugrel und Clopidogrel als vergleichbar effektiv.

■ Dr. Katharina Arnheim

Quelle: Satellitensymposium „Pharmakologische und klin. Anwendung der Thrombozyten-Aggregationshemmung mit Prasugrel“, Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung, St. Gallen, Februar 2012 (Veranstalter: Daiichi Sankyo und Lilly)