Kurz notiert

DPP4-Hemmer jetzt auch als Monotherapie

Der DPP4-Hemmer Vildagliptin (Galvus®) ist nun auch als Monotherapie bei Typ-2-Diabetikern zugelassen, die wegen Unverträglichkeit oder Kontraindikationen (z.B. Nierenerkrankung) kein Metformin verwenden können. Grundlage für die Zulassungserweiterung waren die Ergebnisse klinischer Studien mit über 3000 unvorbehandelten Patienten, in denen Vildagliptin zu einer signifikanten Verbesserung der Blutzuckerkontrolle führte und sich als gut verträglich erwies. Es kam nicht zu einer Gewichtszunahme, und das Hypoglykämierisiko war sehr gering.

■ Novartis

Gegen Angina-pectoris-Symptome

Zur symptomatischen Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris wird in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische KHK“ nun auch Ranolazin (Ranexa®) empfohlen. Der Wirkstoff kann zur Behandlung von Angina-pectoris-Beschwerden eingesetzt werden, wenn eine Betablockertherapie die Symptome unzureichend kontrolliert, Betablocker nicht toleriert werden oder kontraindiziert sind.

■ Berlin-Chemie

Drug-eluting Ballon wirksam und sicher

Der Paclitaxel freisetzende Ballon DIOR® ist bei der Behandlung von De-novo-Läsionen sicher und wirksam. Das bestätigen die ersten Ergebnisse der Valentines-II-Studie. Die Ziel-Läsion-Revaskularisationsrate (TLR) und die Ziel-Gefäß-Revaskularisationsrate (TVR) waren mit durchschnittlich 2,9% bzw. 6,9% nach acht Monaten sehr niedrig. Die Häufigkeit von schweren unerwünschten kardialen Ereignissen (MACE) lag ebenfalls im einstelligen Bereich (8,7%).

■ Eurocor

Neue Substanz für die Thrombosetherapie Orale Antikoagulation von Anfang an

Laut S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Angiologie muss bereits bei eindeutigem klinischem Verdacht auf eine tiefe Phlebothrombose eine therapeutische Antikoagulation erfolgen, um eine bestmögliche Reduktion des Lungenembolierisikos zu erreichen.

■ Hierfür steht als Alternative zur herkömmlichen Vorgehensweise mit niedermolekularem Heparin und anschließender Marcumarisierung seit Mitte Dezember 2011 der Faktor-Xa-Antagonist Rivaroxaban (Xarelto®) zur Verfügung. Die Substanz kann primär – also ohne Initialtherapie mit Heparin – zur oralen Antikoagulation eingesetzt werden. Sie flutet rasch an (Wirkbeginn nach ca. 30 Minuten, volle Wirkung nach zwei bis drei Stunden) und besitzt ein breiteres therapeutisches Fenster als Vitamin-K-Antagonisten.

Initial wird für alle Thrombosedepatienten mit einer höheren Dosis von 2 x 15 mg/d begonnen (keine Gewichtsadaptation nötig), die über 21 Tage fortgeführt wird. Zu beachten ist, dass bei präterminaler Niereninsuffizienz und Dialysepatienten (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min) die Anwendung von Rivaroxaban nicht empfohlen wird.

Wenn bereits eine Therapie mit Heparin eingeleitet wurde, kann problemlos auf die

neue orale Antikoagulation umgestellt werden. Hierfür wird anstelle der nächsten geplanten Heparin-Injektion einfach die erste Tablette Rivaroxaban gegeben. Auch aus der bereits laufenden Marcumar-Therapie heraus kann nach einem einfachen Schema umgestellt werden.

Der klinische Netto-Nutzen der neuen oralen Antikoagulanzen entspricht nach Einschätzung von Dr. Jan Beyer-Westendorf, stellvertretender Leiter des Arbeitsbereichs Angiologie an der Uniklinik Dresden, einer Revolution in der Thrombosetherapie, da die EINSTEIN-Studie eine numerische Verringerung sowohl von thromboembolischen Ereignissen als auch von schweren Blutungskomplikationen erbrachte. Dies lässt neben der Vereinfachung der Therapie in der Summe eine klinische Überlegenheit von Rivaroxaban im Vergleich zur Standardtherapie erwarten.

Beyer-Westendorf wies auf die voraussichtlichen Konsequenzen für die Praxis hin: „Die Frage ist nicht, welchen Thrombosedepatienten soll ich ab jetzt mit der neuen Substanz behandeln; die Frage ist aus meiner Sicht eher, wem kann oder soll ich sie nicht geben?“

(G.J. Peiseler) ■

■ Pri-Med Update, München, 8. Februar 2012

Herzklappen auch für jüngere Patienten Bessere Lebensqualität mit Bioprothesen

Zunehmend erhalten auch Patienten unter 65 Jahren Bioprothesen, weil die Lebensqualität mit einer Bioklappe besser ist als mit einer künstlichen Herzklappe.

■ Im Deutschen Herzzentrum in München erhalten nur noch weniger als 10% der Patienten eine künstliche Aortenklappe. „Unsere Daten und Erfahrungen sind für uns die Bestätigung, auch jungen Patienten mit gutem Gewissen eine Bioprothese anbieten zu können“, sagte Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Bleiziffer von der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie im Deutschen Herzzentrum in München.

Die Herzchirurgin befragte etwa 800 Patienten, deren Aortenklappenersatz mindestens zwei Jahre zurücklag, nach ihrer Lebensqualität und teilte sie in zwei Gruppen ein. Besonders bei der Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung kam die Gruppe, die eine Bioprothese erhalten hatte, zu besseren Ergebnissen als die mit einem künstlichen Klappenersatz.

Bleiziffer: „Die bei einer mechanischen Klappe ständig präsenten Faktoren, das Herzgeräusch und die Notwendigkeit zur Antikoagulation, beeinträchtigen die Lebensqualität der Patienten mehr als die Notwendigkeit einer Reoperation, die Pati-