samt mortalität, nicht-tödlichem Schlaganfall oder Herzinfarkt. Den erreichten nach 5 Jahren in der PCI- 26,6 und in der CABG-Gruppe 18,7% der Probanden. Ausschlaggebend für die positiven Ergebnisse der 947 operierten Patienten waren Sterblichkeit (10,9 vs. 16,3%) und Herzinfarktrate (6,0 vs. 13,9%). Die 953 PCI-Patienten erlitten jedoch signifikant weniger Schlaganfälle: 2,4 vs. 5,2%.

Die Überlegenheit des CABG-Arms gegenüber dem PCI-Arm zeigte sich bereits nach 2 bzw. 2,5 Jahren. Ab da trennten sich die Kurven kontinuierlich, sodass man an-

nehmen kann, dass sich die Unterschiede in den weiteren Jahren noch verstärken dürften. Immerhin war der primäre Endpunkt nach 5 Jahren um absolute 7,9% zugunsten des CABG-Arms ausgefallen, das entspricht einer relativen Reduktion um 30% gegenüber der PCI-Gruppe. Damit sollte jetzt für klare Verhältnisse gesorgt sein. Die Diabetiker darüber zu informieren, ist nun ein wichtiges praktisches Aufklärungsziel. Eine vulnerable Phase in der Entscheidungsfindung ist der diagnostische Katheter, der die Mehrgefäßerkrankung dokumentiert. Hier ist für den In-

terventionalisten die Versuchung groß, in einer Sitzung auch gleich die nötigen Stents zu setzen. Wobei ein wohlbekannter, aber gleichwohl infamer Spruch die Patienten überreden könnte: Lieber einen Herzinfarkt bekommen als durch einen Schlaganfall für immer behindert sein. Die Leitlinien sprechen schon jetzt eine klare Sprache und werden dies vermutlich künftig noch eindeutiger tun. Sie empfehlen die CABG – und vielleicht bald auch das interdisziplinäre Gespräch im Herzteam vor Therapie der Mehrgefäßerkrankung des Diabetikers. (J.A.) ■

Zweite Karrieren von Aspirin und Colchicin

Oldies überraschen mit neuen Indikationen

Sie gehören zu den ältesten pharmakologischen Klassikern und sind jung wie am ersten Tag: ASS und Colchicin. ASS taugt zur Prophylaxe von tiefen Venenthrombosen. Colchicin mausert sich zu einem Kardiakum: es hilft bei KHK.

■ ASS verblüfft noch immer, neueste Facette des Wirkspektrums: Venenthrombosen verhindern, wozu es in der Aspirin to Prevent Recurrent Venous Thromboembolism (ASPIRE)-Studie eingesetzt wurde, und zwar nach Beendigung der Antikoagulation. Eine zweite ähnlich angelegte Studie ist erst kürzlich erschienen, WARFASA, beide wurden gepoolt und zusammen ausgewertet.

Zur Ersttherapie bei einer akuten venösen Thrombose werden gewöhnlich Heparin und dann Warfarin eingesetzt. Seit kurzem sind neue Antikoagulanzen verfügbar. Meistens wird mindestens drei Monate antikoaguliert. Was dann? Das Thrombose-risiko bleibt. Eine über Jahre gehende Antikoagulation wird wegen der Blutungsrisiken in der Mehrzahl abgelehnt. Da kam ASS als bewährter Plättchenhemmer ins Spiel. Und tatsächlich war die tägliche Gabe von 100 mg ASS wirksam. In ASPIRE und WARFASA verminderte der Oldtimer das Risiko von erneuten Thrombosen um ein Drittel sowie auch schwere Gefäßkomplikationen (primärer Endpunkt aus venöser Thromboembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Herz-Kreislauf-Tod). So empfiehlt sich ASS als Alternative für Patienten, die nach drei Monaten Antikoagulation umstellen wollen. Es braucht keine

Verlaufskontrollen im Gegensatz zu Marcumar, ist preisgünstig und akkumuliert nicht in der Niere bei Patienten mit Niereninsuffizienz, was bei Dabigatran und Rivaroxaban nicht ausgeschlossen werden kann, wie Theodore E. Warkentin aus Hamilton in seinem Editorial zu ASPIRE im New England Journal of Medicine anmerkt. Außerdem lässt sich mit einer Plättchentransfusion gegensteuern, sollte es unter ASS zu Blutungen kommen.

Unbekannte Talente des Colchicins

Der antientzündliche Effekt des Gifts der Herbstzeitlosen ist unstrittig, Gichtattacken lassen sich zuverlässig koupieren. Colchicin macht aber auch eine zweite Karriere als Kardiakum. Erst vor wenigen Monaten erwies es sich als Antiarrhythmikum, eingesetzt nach Ablationen zur Prophylaxe von Flimmerrezidiven. Es scheint zu wirken: die Rate von Frührezidiven war um 62% gesenkt. Als Wirkmechanismus wird wieder die Entzündungshemmung angesehen, speziell die Abnahme der Inflammationsmarker CRP und Interleukin 6. Auf der letztjährigen AHA-Tagung präsentierte der Experte Massimo Imazio aus Turin Colchicin zur Verhütung des Postperikardiotomie-Syndroms (PPS). Wieder beeindruckende Zahlen: 45% weniger PPS und Verkürzung des Krankenhausaufenthalts.

Und nun aktuell aus Australien die Botschaft: Colchicin schützt vor kardialen Ischämien. In der prospektiv randomisierten Low-Dose Colchicine-(LoDoCo)-Studie wurde Colchicin zur Sekundärprävention eingesetzt, bei 532 Patienten mit angiografisch doku-

mentierter KHK. Sie erhielten niedrig dosiertes Colchicin über mindestens zwei Jahre on top, die Vergleichsgruppe zusätzlich nur Placebo. Der primäre kombinierte Endpunkt war ACS, Herzstillstand außerhalb der Klinik, Schlaganfall (nicht-kardial-embolisch). Colchicin erreichte hier eine satte Reduktion von 67% verglichen mit der Placebo-Gruppe: 16% im Verum-Arm, 5,3% im Placebo-Arm.

Wieder die Wirkung der Entzündungshemmung soll speziell die von Neutrophilen verursachte Inflammation in den Plaques unterbinden und dadurch die Plaquestabilität erhöhen. In jedem Fall schreien diese Pioniererergebnisse nach weiterer intensiver Forschung und größeren Studien. Bislang werden die Ergebnisse lediglich als Hypothesen-generierend angesehen, aber angesichts des Ausmaßes der Effekte sollte man sich nicht scheuen, einen Pharmaklassiker wieder auf den „Seziertisch“ der Pharmakologen zu legen. Dr. med. Jochen Aumiller ■

Mehr Informationen auf springermedizin.de

Die komplette Berichterstattung zur Jahrestagung der American Heart Association (AHA) finden Sie auf springermedizin.de im Kongressdossier unter: www.springermedizin.de/aha-2012