Schlaganfall- und Blutungsrisiko reduziert

Weiteres orales Antikoagulans bei Vorhofflimmern zugelassen

Mit Apixaban ist ein drittes modernes Antikoagulans zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern verfügbar. Die Studienlage überzeugt: Im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten reduziert die Substanz Thromboembolien, Blutungen und die Mortalität.

■ Apixaban ist das erste neue Antikoagulans, für das bei Vorhofflimmern zwei Langzeitstudien mit fast 24 000 Patienten vorliegen, berichtete Prof. Stefan Hohenloser von der Universitätsklinik in Frankfurt a. M. Zum Vergleich: Vitamin-K-Antagonisten (VKA) sind bei „nur“ 2900 Patienten getestet worden – mit großem Erfolg: Sie mindern das Risiko für Schlaganfälle um 64%.

Apixaban senkt das Risiko für Schlaganfälle oder systemische Embolien im Vergleich zu VKA um weitere 21%, das Blutungs-

risiko um 31% und die Mortalität um 11%. Dies zeigte die ARISTOTLE-Studie an über 18 000 Patienten. Die jährlichen Komplikationsraten lagen bei 1,27% vs. 1,6% (Schlaganfälle/Embolien), 2,13% vs. 3,09% (schwere Blutungen), 3,52% vs. 3,94% (Mortalität), jeweils für Apixaban vs. Warfarin. Alle Unterschiede sind signifikant.

Hinzu kommen praktische Vorteile wie fixe Dosierung, keine Therapieüberwachung, weniger Arzneimittel- und keine Nahrungsmittelinteraktionen. Die Vorteile sind so deutlich, dass „wir in fünf Jahren keine Vitamin-K-Antagonisten mehr haben werden in dieser Indikation“, prognostizierte Prof. Hans-Christoph Diener, Universität Essen.

Weil die Therapie mit VKA schwierig ist, erhalten viele Patienten trotz eindeutiger Indikation nur ASS. Apixaban ist ASS jedoch deutlich überlegen, wenn der Patient keine

VKA einnehmen möchte oder Kontraindikationen bestehen. Dies zeigte die AVERROES-Studie, die ASS und Apixaban bei 5600 Patienten verglich. Die Studie wurde nach halber Laufzeit abgebrochen. Grund war die Überlegenheit des direkten Faktor-Xa-Inhibitors, der das Thromboembolierisiko um 55% gegenüber ASS reduzierte. Das Blutungsrisiko unterschied sich nicht. Diener: „ASS ist bei Vorhofflimmern nahezu unwirksam und hat angesichts der neuen Antikoagulanzen in dieser Indikation keinen Platz mehr“.

Apixaban (Eliquis®) wird mit 2 x 5 mg/d fix dosiert. Eine Dosishalbierung ist indiziert, wenn zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind: Alter über 80 Jahre, Gewicht unter 60 kg, Kreatinin über 1,5 mg/dl. (DE) ■

■ Launch-Pressegespräch, Berlin, 15. Januar 2013 (Veranstalter: BMS, Pfizer)

Rezidivierende myokardiale Ischämie

Angina pectoris: Nicht immer ist eine Stenose schuld

Wenn sich Patienten mit wiederkehrenden Angina-pectoris-Anfällen vorstellen, ist nicht selten gar keine Koronarstenose nachweisbar.

■ Auch andere Ursache wie eine endotheliale Dysfunktion, die Small Vessel Disease, diastolische Dysfunktion oder Mutationen in Ionenkanälen können eine myokardiale Ischämie auslösen. In solchen Fällen können aber hämodynamisch wirksame Therapien die Symptomatik oft nicht dauerhaft verbessern. Die myokardiale Ischämie endet in einem Teufelskreis, den es zu unterbrechen gilt. „All diese Ursachen resultieren in einer Erhöhung des späten Natriumstroms in die Zelle“, erklärt Prof. Samuel Sossalla aus Göttingen den Pathomechanismus. Dadurch komme es zu einer erhöhten Wandspannung,

die eine extravaskuläre Kompression kleiner Gefäße zur Folge habe, den Blutfluss reduziere und Sauerstoff koste.

Ranolazin (Ranexa®) setzt hier direkt an der Herzmuskelzelle an: Es hemmt selektiv den erhöhten späten Natriumeinstrom, damit verbessert sich die diastolische Relaxation und Mikrozirkulation, Sauerstoff- und Energieverbrauch nehmen ab. Und die Substanz habe Effekte bei Ischämien, die eben nicht durch eine Stenose verursacht seien, verdeutlicht Sossalla anhand einer kleinen Querschnittsstudie. Bei 20 Frauen, bei denen eine KHK mittels Koronarangiografie ausgeschlossen wurde, die aber typische Angi-

na-pectoris-Beschwerden und klare Ischämiezeichen aufwiesen, verbesserte sich nach vierwöchiger Ranolazin-Gabe die Angina pectoris (+25 Punkte), die körperliche Aktivität (+14,4) sowie die Lebensqualität (+8,3) signifikant im Vergleich zum Placebo.

Ranolazin sei somit für Patienten, die trotz einer Basismedikation und guter Einstellung von Herzfrequenz und Blutdruck eine wiederkehrende Angina pectoris haben, eine zusätzliche Therapieoption, so Sossalla. (vsc) ■

■ Satellitensymposium, Herbsttagung der DGK, Hamburg, 12. Oktober 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)

© Paul von Stroheim / Imago

Woher kommen die Angina-pectoris-Beschwerden?