

Thromboembolien und Krebs

Bei der Behandlung venöser Thromboembolien (VTE) gibt es verschiedene medikamentöse Optionen zur Antikoagulation.

Prof. Dr. Birgit Linnemann, Leiterin der Angiologie des Gefäßzentrums Ostbayern, Regensburg, erläuterte die Alternative zwischen NOAK* und Vitamin-K-Antagonisten (VKA) bei der Therapie der VTE. „NOAK werden bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung, während der Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Patienten mit dem Antiphospholipid-Syndrom nicht empfohlen.“ Ansonsten sieht die ESC-Leitlinie die Gabe eines NOAK (z.B. Apixaban, Eliquis®) als erste Wahl für die Initial- und Erhaltungstherapie einer VTE vor, weil das Nutzen-Risikoprofil am günstigsten ist.

Bei Tumorpatienten zu beachten

Bei der Behandlung von VTE bei Tumorpatienten gilt es, besondere Faktoren zu berücksichtigen. Wie Prof. Dr. Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt, referierte, ist die Resorption bei subkutan appliziertem niedermolekularem Heparin (NMH) auch bei Erbrechen oder Mukositis-assoziiertes Diarrhö nicht beeinträchtigt. Bei den NOAK können Erbrechen und Diarrhö hingegen zu einer verminderten Bioverfügbarkeit führen. Ebenso sei bei Patienten unter Krebstherapie die Interaktion von NOAK mit verschiedenen Krebsmedikamenten zu berücksichtigen. Je nach Art der Metabolisierung hat etwa die Gabe von Tamoxifen einen Anstieg der Plasmaspiegel der NOAK zur Folge; Doxorubicin kann umgekehrt eine schnellere Verstoffwechslung induzieren. Im ersten Fall würde das Blutungsrisiko steigen, im zweiten Fall die Gefahr von Rezidiv-VTE. Allerdings machte Lindhoff-Last auf die schlechte Langzeitadhärenz der Patienten bei der s.c. Applikation von VKA aufmerksam. NOAK mit ihrer oralen Einnahme hingegen werden besser toleriert.

*NOAK – „Nicht Vitamin-K-abhängige orale Antikoagulantien“ oder „Neue orale Antikoagulantien“

Symposium: „Thrombose und Lungenembolie – langfristige und individuelle Therapieoptionen“, 9. April 2021; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer; Bericht: Reimund Freye

P2Y₁₂-Hemmer bei NSTEMI-ACS

Verlängerte Ticagrelor-Therapie

Eine verlängerte antithrombotische Therapie bei Myokardinfarkten zahlt sich aus.

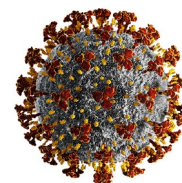
Das Update 2020 der ESC-Guidelines zum akuten Koronarsyndrom ohne persistierende ST-Streckenhebung (NSTEMI-ACS) stuft die prolongierte antithrombotische Therapie bei Hochrisikopatienten auf eine IIa-Empfehlung hoch. Möglich sind diverse Kombinationen, von niedrig dosierter ASS plus Ticagrelor (Brilique®), Prasugrel oder Clopidogrel sowie ASS plus „low dose“ Rivaroxaban. Nach Prof. Dr. Christian W. Hamm, Gießen, liegt die beste Studienlage für die antithrombotische Langzeittherapie nach ACS für Ticagrelor (2 x 60 mg/d) und Rivaroxaban (2 x 2,5 mg/d) vor. Die Evi-

denz zur verlängerten antithrombotischen Therapie mit Ticagrelor basiert auf Daten der PEGASUS-TIMI-54-Studie. Insgesamt schloss die Studie mehr als 21.000 Myokardinfarkt-Patienten ein, die bereits ein Jahr lang eine duale Antiplättchentherapie erhalten hatten und ein hohes Risiko für ein erneutes atherothrombotisches Ereignis hatten. Analysiert wurden die Daten von 10.779 Patienten, die entsprechend der Zulassung behandelt worden waren. In dieser Population reduzierte ASS plus Ticagrelor 60 mg versus ASS allein signifikant die Gesamtmortalität (4,4% vs. 5,4%).

Symposium „Fortschritte und Kontroversen in der Plättchenhemmer-Therapie“ am 9. April 2021, Veranstalter: AstraZeneca; Bericht: Dr. med. Kirsten Westphal

SARS-CoV-2-Pandemie

COVID-19-Patienten profitieren von Remdesivir



Stationäre sauerstoffpflichtige COVID-19-Patienten profitieren von der Behandlung mit Remdesivir mit einer im Vergleich zur Standardtherapie signifikant kürzeren Genesungszeit.

Remdesivir (RDV, Veklury®) ist in der EU bedingt zugelassen zur Behandlung von COVID-19 bei Erwachsenen und Jugendlichen (≥ 12 Jahre, ≥ 40 kg Körpergewicht) mit einer Pneumonie, die eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr erfordert. Basis der bedingten Zulassung des Virostatikums war die Studie ACTT-1, die für hospitalisierte erwachsene Patienten mit COVID-19 und einer Beteiligung der unteren Atemwege eine mediane Genesungszeit von zehn Tagen unter RDV versus 15 Tagen unter Placebo ergab. Am stärksten profitierten jene Patienten von RDV, die seit höchstens zehn

Tagen symptomatisch waren, sowie jene, die zusätzlichen Sauerstoff benötigten, jedoch nicht an ein Beatmungsgerät angeschlossen waren. Eine Post-hoc-Analyse von ACTT-1 ergab darüber hinaus einen tendenziellen Mortalitätsvorteil für RDV versus Placebo bei Patienten unter Low-Flow-Sauerstoffgabe. Real-World-Ergebnisse weisen in die gleiche Richtung: Die vor kurzem veröffentlichten Daten aus den USA zeigten, dass die Zeit bis zur klinischen Verbesserung unter RDV signifikant kürzer war als bei der Kontrollgruppe. Darüber hinaus war auch die 28-Tage-Mortalitätsrate unter RDV geringer als in der Kontrollgruppe (7,7% vs. 14,0%).

Symposium „Remdesivir in der COVID-19-Therapie: Studien und Erfahrungen aus der Klinik“, 19. April 2021, Veranstalter Gilead Sciences; Bericht: Monika Walter