



Betagte NSTEMI-Patienten: Bessere Prognose nach PCI

Wenn keine Kontraindikationen vorliegen, sollten auch bei über 80-Jährigen mit einem Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) im Katheterlabor das Infarktgefäß perkutan interventionell wieder eröffnet werden. Dies verbessert die Überlebenschancen deutlich.

Die Datenlage zum Vorgehen bei betagten Patienten mit NSTEMI wurde jetzt durch eine Studie schwedischer Autoren bereichert. Diese hatten über vier Jahre das Schicksal von knapp 18.000 NSTEMI-Patienten verfolgt, die im schwedischen nationalen Herzregister „SWEDEHEART“ erfasst waren.

Wie die Autoren mitteilten, waren ihre Patienten im Durchschnitt 85,8 Jahre alt. 24,5% wurden mit einer PCI und 75,5% konservativ behandelt. Wer das Glück hatte, das Katheterlabor von innen zu sehen, überlebte mit einer 88%igen Wahrscheinlichkeit das nächste Jahr. Von den konservativ behandelten Patienten lebten nach Jahresfrist noch 64%. Der Unterschied blieb auch nach Adjustierung für Alter, Herz- und Nierenfunktion sowie kardiovaskuläre Komorbiditäten deutlich und signifikant. ■ DE

Cannabis erhöht das Herzinfarktrisiko

Langfristiger Cannabis-Missbrauch erhöht das Herzinfarktrisiko signifikant, insbesondere bei jüngeren Konsumenten. Dies folgt aus einer beim ACC-Jahreskongress 2017 vorgestellten retrospektiven Fall-Kontroll-Analyse in den USA. Die Autoren hatten 210.700 Cannabis-Konsumenten mit 10,4 Millionen gleichaltrigen Kontrollen verglichen und festgestellt, dass das Hanf-Rauschmittel das relative Risiko für einen Herzinfarkt im Laufe von fünf Jahren signifikant um 44% (von 0,89% auf 1,28%) erhöht. In jüngeren Alterskohorten fiel die Risikoerhöhung besonders ausgeprägt aus: 25- bis 29-Jährige verdreifachten ihr Herzinfarktrisiko, 30- bis 34-Jährige erhöhten ihr Risiko um den Faktor 4,5. ■ DE



© JanMika / Fotolia

Verlängerte Rezidiv-Prophylaxe venöser Thromboembolien

Faktor-Xa-Hemmer ist deutlich wirksamer als ASS

Bei Patienten mit venöser Thromboembolie hat sich die verlängerte Rezidiv-Prophylaxe mit Rivaroxaban in zwei Dosierungen gegenüber ASS in einer neuen Studie als klinisch überlegen erwiesen.

— Bei Patienten, die eine venöse Thromboembolie (VTE) ohne erkennbare auslösende Faktoren erleiden, wird in der Regel eine prophylaktische Antikoagulation für 6 bis 12 Monate durchgeführt. Dies aber scheint recht kurz, das Risiko für Rezidiv-Thrombosen liegt anschließend noch bei ca. 10%.

Dass eine Verlängerung der Sekundärprophylaxe wirksam ist, haben Studien mit mehreren neuen Antikoagulantien belegt, so u. a. die EINSTEIN-Extension-Studie. In dieser Studie war das Risiko für erneute Thrombosen durch eine verlängerte Therapie mit Rivaroxaban (20 mg/Tag) bei Patienten, die vorher schon 6 oder 12 Monate gerinnungshemmend behandelt worden waren, im Vergleich zu Placebo signifikant verringert worden. Gleichwohl wird aus Angst vor Blutungen in der Praxis oft auf eine Fortsetzung der Antikoagulation verzichtet und stattdessen ASS verordnet.

Vergleich von Rivaroxaban mit ASS bei 3.365 Patienten mit VTE

Mit der EINSTEIN-CHOICE-Studie sollte geklärt werden, ob sich in der verlängerten Prophylaxe durch Reduktion der Rivaroxaban-Dosis von 20 mg auf 10 mg einmal täglich das Blutungsrisiko ohne Abstriche an der Wirksamkeit minimieren lässt. Zudem wurde nicht gegen Placebo getestet, sondern gegen ASS. 3.365 VTE-Patienten nahmen teil. Alle waren zuvor schon 6 bis 12 Monate antikoaguliert worden. Patienten mit eindeutiger Indikation für eine verlängerte Prophylaxe waren ausgeschlossen worden.

Die Ergebnisse stellte Dr. Phil Wells von der University of Ottawa vor. Primä-



© Dr. P. Marazzi / Science Photo Library

Tiefe Venenthrombose im linken Bein.

rer Endpunkt war die Inzidenz von wiederkehrenden symptomatischen VTE. Innerhalb eines Jahres kam es zu 17 Ereignissen (1,5%) unter Rivaroxaban 20 mg/Tag, 13 Ereignissen (1,2%) bei Gabe von 10 mg/Tag, und 50 Ereignissen (4,4%) im ASS-Arm. Die relativen Risikoreduktionen beliefen sich auf 66% (20-mg-Dosis) und um 74% (10-mg-Dosis).

Die Inzidenz von klinisch relevanten Blutungen war mit 0,5% (20 mg), 0,4% (10 mg) und 0,3% (ASS 100 mg) in allen drei Behandlungsgruppen niedrig. Nach Ansicht des Studienautors bietet sich mit der 10 mg/d-Dosis von Rivaroxaban eine neue Option für Patienten mit intermediärem Rezidivrisiko, während bei hohem Rezidivrisiko 20 mg/d vorzuziehen seien. ■

Peter Overbeck

▪ Late-Breaking Clinical Trials II, ACC-Kongress, Washington DC, 17.–19.3.2017; Wells P. N Engl J Med. 2017, online 18.3.2017