

KRITISCH GELESEN

Aktuelle Studien – referiert und kommentiert von Experten



Prof. Dr. med.
H. S. Fueßl
Internist,
München



Prof. Dr. med.
H. Holzgreve
Internist,
München



Prof. Dr. med.
W. Dorsch
Facharzt für Kinder-
und Jugendmedizin,
München



Dr. med.
F. Stachulski
Abteilung Neurologie,
Bundeswehrkranken-
haus Berlin

Arznei-Doppel nach leichtem Apoplex

Nach Hochrisiko-TIA oder leichtem ischämischem Schlaganfall wird in der Regel eine Monotherapie mit einem Thrombozytenfunktionshemmer eingeleitet. Diese Zeiten sind wahrscheinlich bald vorbei.

— Für die POINT-Studie wurden 4.881 Patienten mit leichtem ischämischem Schlaganfall (NIH Stroke Scale ≤ 3) oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) mit hohem Risiko (ABCD2-Score ≥ 4) rekrutiert. Zwischen Ereignis und Therapiebeginn lagen maximal 12 Stunden. Thrombektomie oder orale Antikoagulation waren nicht indiziert.

Die Patienten erhielten randomisiert entweder nur ASS (freie Dosiswahl) oder

ASS plus Clopidogrel (initial 600 mg, dann 75 mg/d). Primärer Endpunkt waren alle tödlichen und nicht-tödlichen vaskulären ischämischen Ereignisse innerhalb von 90 Tagen.

Obwohl noch mehr Patienten eingeschlossen werden sollten, wurde die Studie im August 2017 gestoppt, weil die vorher aufgestellte Sicherheitsgrenze für Blutungskomplikationen überschritten wurde. Zu diesem Zeitpunkt war der primäre Endpunkt in der dual behandelten Gruppe signifikant seltener aufgetreten (5,0% vs. 6,5%; Hazard Ratio: 0,75; $p = 0,02$). Insbesondere die Zahl der Rezidiv-Schlaganfälle und das vaskuläre Gesamtrisiko in den ersten 30 Tagen (HR: 0,73; $p = 0,02$) waren signifikant vermindert.

Allerdings traten vermehrt größere Blutungen auf (0,9% vs. 0,4%; HR: 2,32; $p = 0,02$), und

zwar eher später im Studienverlauf. Ein Vergleich mit der CHANCE-Studie [N Engl J Med. 2013;369:11–9] zeigt die höhere Clopidogrel-Initialdosis und die Therapielänge als mögliche Gründe.

▪ Johnston SC et al. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke and high-risk TIA. N Engl J Med. 2018;379:215–25

KOMMENTAR

Die optimale Dauer für eine duale Sekundärprophylaxe mit ASS/Clopidogrel beträgt wahrscheinlich ca. 21 Tage. Sekundäre Analysen der POINT-Studie legen nahe, dass 3,5% bzw. 5,6% der Patienten den primären Endpunkt in den ersten drei Wochen erreicht hätten – eine relative Risikoreduktion von 35% unter der dualen Therapie. Hingegen stieg die Zahl der Blutungen sehr homogen im gesamten Studienzeitraum an, was auch gegen einen relevanten Effekt der Clopidogrel-Initialdosis spricht. Der zeitlich begrenzten dualen Sekundärprophylaxe ist damit die Tür weit aufgestoßen. Eine Leitlinien-Änderung beträfe die wichtige Versorgungsschnittstelle zwischen Klinik und Hausarzt. ■

Dr. med. F. Stachulski



Bald neue Sekundärprophylaxe beim „kleinen Schlaganfall“?