

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflattern und Koronarsyndrom

Sichere Schlaganfallprophylaxe



Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflattern profitieren von einer dualen Plättchentherapie.

— Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern (nvVHF), bei denen ein akutes Koronarsyndrom (ACS) aufgetreten ist und/oder eine Koronarintervention nötig war, können, wie neuere Untersuchungen zeigen, mit einer dualen Kombination aus Apixaban und einem P2Y₁₂-Inhibitor sicher antithrombotisch behandelt werden. Dies belegen Daten der Phase-IV-Studie AUGUSTUS, die Prof. Holger Thiele, Leipzig, im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) 2019 vorstellte [Lopes RD et al. N Engl J Med. 2019;380:1509–24].

Wie der Kardiologe berichtete, kommt es in der klinischen Praxis ausgesprochen häufig vor, dass Patienten mit nvVHF zugleich auch an einer koronaren Herzkrankheit leiden, die

zu einem ACS führen und eine perkutane Koronarintervention (PCI) erforderlich machen kann.

Triple-Therapie hat hohes Blutungsrisiko

„Wenn diese Ereignisse zusammenkommen, ist bei den Patienten eigentlich eine Triple-Therapie indiziert, bestehend aus einem oralen Antikoagulans zur Schlaganfallprophylaxe bei nvVHF sowie einer dualen Antiplättchentherapie mit Acetylsalicylsäure und einem P2Y₁₂-Inhibitor, um atherothrombotische Ereignisse einschließlich Stentthrombosen nach der PCI zu verhindern“, so Thiele. Das mit dieser Triple-Therapie verbundene Blutungsrisiko sei jedoch hoch, sodass schon lange nach sichereren Behandlungsoptionen gesucht wird.

Die Ergebnisse der AUGUSTUS-Studie deuten darauf hin, dass die duale Kombination aus dem Antikoagulans Apixaban (Eliquis®) und einem P2Y₁₂-Inhibitor wie Clopidogrel bei Patienten mit gleichzeitigem Bedarf für Antikoagulation und Plättchenhemmung im Hinblick auf die Sicherheit eine vielversprechende Option sein könnte. „Sowohl die duale Kombination aus P2Y₁₂-Inhibitor mit einem Vitamin-K-Antagonisten als auch die Triple-Kombination aus P2Y₁₂-Inhibitor, VKA und ASS schnitten im Vergleich schlechter ab“, erläuterte Thiele.

Vorteil für Apixaban plus P2Y₁₂-Hemmer

Für Patienten, die einen P2Y₁₂-Inhibitor mit oder ohne ASS erhielten, betrug die Rate an schweren oder klinisch relevan-

ten nicht-schweren (CRNM) Blutungen gemäß Definition der International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) nach sechsmonatiger Behandlung im Apixaban-Arm 10,5% und im VKA-Arm 14,7%. Signifikanz wurde sowohl für Nicht-Unterlegenheit als auch für Überlegenheit erreicht (Hazard Ratio 0,69; 95%-Konfidenzintervall 0,58–0,81; p jeweils < 0,001).

„Insgesamt stützen die Ergebnisse aus AUGUSTUS die These, dass die meisten Patienten mit nvVHF, die als koronaren Schutz eine Thrombozytenhemmung benötigen, sicher mit einer dualen Therapie behandelt werden können“, schlussfolgerte Thiele.

Dr. Silke Wedekind

▪ Symposium „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern: Neue Daten – neue Antworten“, 85. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauffor-

Neue Darreichungsform von Mepolizumab

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur hat eine positive Bewertung zu zwei neuen Darreichungsformen von Mepolizumab (Nucala®) für Patienten mit schwerem eosinophilem Asthma abgegeben: einen Autoinjektor und eine Fertigspritze, die alle vier Wochen zu verabreichen sind. Im Fall der Zulassung hat der Arzt damit die Wahl zwischen einer monatlichen Applikation in der Praxis und einer häuslichen Applikation durch den Patienten selbst.

Red.

▪ Nach Informationen von GSK