

# Clopidogrel schlägt ASS nach PCI

## Langzeittherapie effektiver und sicherer

Für die plättchenhemmende Langzeittherapie nach perkutaner Koronarintervention (PCI) scheint Clopidogrel eine bessere Wahl als ASS zu sein.

In der antithrombotischen Nachbehandlung nach PCI mit Stent-Implantation steht zunächst eine zeitlich befristete duale Plättchenhemmung (DAPT) an. Danach wird gemäß Leitlinien-Empfehlung zumeist auf eine unbefristete Monotherapie mit ASS umgestellt. Clopidogrel weist hier aber ein vorteilhafteres Nutzen/Risiko-Profil auf, so das Ergebnis der jetzt beim ACC-Kongress präsentierten HOST-EXAM-Studie. In der Studie waren an 37 Zentren in Südkorea im Anschluss an die DAPT-Phase 5.438 KHK-Patienten auf Clopidogrel (75 mg/d) oder ASS (100 mg/d) randomisiert worden.

Einen primären Endpunkt (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall, Wiedereinweisung wegen akutem Koronarsyndrom, Blutungen) erlitten in zwei Jahren 152 Patienten (5,7%) unter Clopidogrel und 207 Patienten (7,7%) unter ASS (HR: 0,73,  $p = 0,0035$ ). Die Behandlung mit Clopidogrel war sowohl bei thrombotischen Ereignissen als auch bei Blutungen im Vorteil, berichtete Studienleiter Dr. Hyo-Soon Kim

vom Seoul National University Hospital. Insbesondere reduzierte es die Risiken für Schlaganfälle (0,7 vs. 1,6,  $p = 0,002$ ), erneute akute Koronarsyndrome (2,5% vs. 4,1%,  $p = 0,001$ ) und schwere Blutungen (1,2% vs. 2,0%,  $p = 0,035$ ).

Peter Overbeck

**Quelle:** Kim HS. HOST-EXAM randomized controlled trial: aspirin vs. clopidogrel during chronic maintenance monotherapy after percutaneous coronary intervention (PCI). „Late-Breaking Clinical Trials III“ Jahrestagung des American College of Cardiology, 16. Mai 2021; Koo BK et al. Lancet 2021, online 16 Mai; doi: 10.1016/S0140-6736(21)01063-1



Bericht vom ACC-Digital-Kongress (15. bis 17. Mai 2021)



Die Forschung zur antithrombotischen Behandlung nach Stent-Implantation produziert ständig neue Erkenntnisse.

© Bernd Weißbrodt / dpa

## Argumente für eine Therapie-Deeskalation

### Duale Plättchenhemmung nach Infarkt

Immer mehr Studien zeigen, dass Deeskalations-Strategien die duale Plättchenhemmung im ersten Jahr nach einem Herzinfarkt sicherer machen.

Für die Thrombozytenhemmung nach Herzinfarkt mehren sich die Hinweise, dass sie im ersten Monat sehr konsequent erfolgen muss, um erneute Thrombosen zu verhindern, dann aber deeskaliert werden kann, um das Blutungsrisiko gering zu halten.

Dies zeigte auch die beim ACC-Kongress 2021 präsentierte TALOS-AMI-Studie der Universität Seoul mit 2.697 Herz-

infarktpatienten, deren Infarktgefäß vollständig wiedereröffnet und mit einem modernen Stent versorgt worden war. Aufgenommen wurden Patienten, die im ersten Monat danach unter Ticagrelor/ASS keine Komplikationen erlitten hatten. Bei ihnen wurde die Weiterbehandlung mit Ticagrelor/ASS über 11 Monate mit einem Umsetzen auf Clopidogrel/ASS verglichen. Beim primären Endpunkt hatte man sich für den klinischen Nettonutzen entschieden, sprich die Kombination aus thrombotischen (Herz-Kreislauf-tod, Infarkt, Schlaganfall) und Blutungskomplikationen.

Die Deeskalationsstrategie gewann den Vergleich mit 4,6% vs. 8,2% (Hazard Ratio 0,55,  $p < 0,001$ ). Sie schnitt bei den Blutungen signifikant (3,0% vs. 5,6%) und bei den thrombotischen Komplikationen numerisch (2,1% vs. 3,1%) besser ab. Zwei Limitationen sind nicht von der Hand zu weisen: das offene Studiendesign und die rein asiatische Patientengruppe. Dennoch bestätigen die Ergebnisse jene anderer Studien.

DE

**Quelle:** „Joint American College of Cardiology/New England Journal of Medicine Late-Breaking Clinical Trials“; Jahrestagung des American College of Cardiology, 16. Mai 2021