



Foto: Archiv

Nachgefragt bei Prof. Harald Darius

Thrombininhibitor bei Vorhofflimmern: Was ist zu beachten?

Der Thrombininhibitor Dabigatran ist nun auch für die Schlaganfallprophylaxe bei Patienten mit Vorhofflimmern zugelassen. Prof. Harald Darius, Berlin, erklärte die wichtigsten Prinzipien der Behandlung.

■ CardioVasc: Was bedeutet die EU-Zulassung von Dabigatran für Patienten mit Vorhofflimmern?

Prof. Darius: Für Patienten mit Vorhofflimmern bedeutet dies, dass sie nun eine echte Therapiealternative zu Vitamin-K-Antagonisten haben. Viele Patienten haben die Therapie gefürchtet aufgrund der Nahrungsmittelrestriktionen. Auch wegen der regelmäßigen Notwendigkeit, das Niveau der Antikoagulation mittels der INR-Messung zu überprüfen. Mit Pradaxa® steht den Patienten nun aber eine einfachere, und auch sichere und effektivere Alternative zu den Vitamin-K-Antagonisten zur Verfügung.

■ CardioVasc: Was ist bei der Behandlung von älteren Patienten zu beachten?

Prof. Darius: Die Empfehlungen für den Gebrauch von Dabigatran besagen, dass bei Patienten im Alter von 75 Jahren, wenn zusätzliche Risikofaktoren für eine mögliche Blutungskomplikation vorliegen, die 110-mg-Dosierung in Betracht gezogen werden sollte. Auch bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind, sollte die reduzierte Dosis eingesetzt werden.



Prof. Harald Darius

■ CardioVasc: Wie nimmt der Arzt am besten die Umstellung von Vitamin-K-Antagonisten auf Dabigatran vor?

Prof. Darius: Dies ist relativ einfach: Man wartet, bis die INR-Werte unter 2,0 liegen und beginnt dann am nächsten Morgen die Therapie mit der zweimal täglichen Gabe von Dabigatran.

■ CardioVasc: Welche Form des Monitorings ist für die Therapie mit Dabigatran notwendig?

Prof. Darius: Regelmäßige Laborkontrollen des Antikoagulationsniveaus mit Dabigatran sind nicht erforderlich. Da Dabigatran jedoch vorwiegend renal eliminiert wird, ist vor Beginn einer Behandlung eine Bestimmung der Kreatinin-Clearance angezeigt. Bei Patienten

über 75 Jahren oder Patienten mit einer Einschränkung der Nierenfunktion muss mindestens einmal jährlich die Nierenfunktion untersucht werden. Und auch im Fall einer beobachteten klinischen Verschlechterung (z.B. Dehydratation) müssen entsprechende Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden. Bei einer Kreatinin-Clearance von unter 30 ml pro Minute liegt eine Kontraindikation vor und Dabigatran muss abgesetzt werden. **Das Interview führte Dr. Silke Wedekind.** ■

Akutes Koronarsyndrom

Neuer Plättchenhemmer ist dem bisherigen Standard überlegen

Bisheriger Standard in der antithrombozytären Therapie des akuten Koronarsyndroms war Clopidogrel. Inzwischen sind weitere Optionen zugelassen, z.B. der orale Thrombozytenaggregationshemmer Ticagrelor.

■ Wie Clopidogrel und Prasugrel wirkt Ticagrelor (Brilique™) durch Hemmung des P2Y12-Rezeptors der Thrombozytenaktivierung entgegen und damit antithrombotisch, erläuterte Prof. Hugo Katus vom Universitätsklinikum Heidelberg. Im Unterschied zu Clopidogrel und Prasugrel bindet Ticagrelor direkt, ADP-unabhängig und reversibel an den P2Y12-Rezeptor, so Katus.

In der groß angelegten Phase-III-Studie PLATO war Ticagrelor im Head-to-Head-Vergleich dem Standard Clopidogrel im Hinblick auf Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit signifikant überlegen. Mehr als 18.600 Patienten mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, NSTEMI und STEMI) erhielten zusätzlich zu ASS entweder Ticagrelor (Initialdosis 180 mg und dann zweimal täglich 90 mg) oder Clopidogrel (Initialdosis 300–600 mg und dann einmal täglich 75 mg).

Unter Ticagrelor wurde das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis (kardiovaskulär bedingter Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall) signifikant reduziert, ohne dass sich das Gesamtrisiko für schwere Blutungen erhöhte.

So war das relative Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses bei Patienten, die mit Ticagrelor und ASS behandelt wurden, um 16% niedriger als bei Patienten unter ASS und Clopidogrel. Beim primären Sicherheitsendpunkt „Schwere Blutungen“ wurden keine signifikanten Unterschiede gegenüber Clopidogrel nachgewiesen (11,6 vs. 11,2%; p = 0,43).

Als wichtiges Ergebnis für zukünftige Therapieentscheidungen wertete Katus die über alle Untergruppen hinweg übereinstimmende Wirkung des neuen P2Y12-Rezeptorblockers. **(ayaz)** ■

■ **Symposium DINK 2012, Wiesbaden, 10. Februar 2012 (Veranstalter: AstraZeneca)**