



Foto: Archiv

## Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern Okkluder als Alternative zur Antikoagulation

**In der Studie PROTECT-AF war ein mithilfe eines Katheters platzierbarer Okkluder zum Verschluss des linken Vorhofohrs ebenso effektiv in der Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern wie die Standardtherapie mit Warfarin.**

■ Für Patienten, bei denen orale Antikoagulationen kontraindiziert sind, wertete Prof. Dr. Burghard Schumacher, Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern mit einem Katheter implantierbare mechanische Verschlussysteme wie das Watchman™-Implantat als attraktive Alternative. Dieser Okkluder ist der bislang einzige, dessen Äquieffektivität gegenüber Warfarin in einer randomisierten Studie belegt wurde. Es handelt sich um die Landmark-Studie PROTECT-AF, für die 707 Pati-

enten mit Vorhofflimmern (CHADS<sub>2</sub>-Score  $\geq 1$ ) im Verhältnis 2:1 dem mechanischen Device oder der Behandlung mit Warfarin zugeteilt wurden, informierte Priv.-Doz. Dr. Peter Sick, Klinik für Kardiologie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg.

Durch das Implantat wurde die Inzidenz des primären Endpunkts, der Schlaganfall, Tod und systemische Embolien umfasste, im Vergleich zu Warfarin um relativ 29% gesenkt; verhindert wurden in erster Linie hämorrhagische Schlaganfälle. Damit waren die Kriterien der auf Non-Inferiorität angelegten Studie erreicht. Auch das Mortalitätsrisiko war um 29% niedriger als in der Kontrollgruppe.

Zwar traten initial noch prozedural bedingte ischämische Schlaganfälle und peri-

kardiale Blutungen auf, deren Rate wurde jedoch mit zunehmender Erfahrung der Untersucher im Studienverlauf sowie im anschließenden CAP-Register deutlich gesenkt, betonte Sick. Grundsätzlich sollte die Intervention daher nur von trainierten Untersuchern durchgeführt werden.

In der LAOTSE-Studie wurde der Okkluder bei Patienten mit hohem Blutungs- und Schlaganfallrisiko evaluiert. Bei 58 von 60 Patienten mit einem CHADS<sub>2</sub>- und HAS-BLED-Score von jeweils  $\geq 3$  konnte der Okkluder erfolgreich implantiert werden.

(arn) ■

■ **Meet the Expert im Rahmen des DGK-Kongresses 2012, Mannheim, 13. April 2012 (Veranstalter: Boston Scientific)**

## Rezidivierende myokardiale Ischämien Optimale Pharmakotherapie gefragt

**Bei gut der Hälfte aller Patienten mit rezidivierenden ischämischen Attacken findet sich koronarangiografisch keine relevante interventionspflichtige Stenose. Wegen der belastenden Symptomatik und der ischämiebedingten Steigerung von Hospitalisierungs- und Sterberate benötigen diese Patienten eine optimale medikamentöse Therapie.**

■ Eine US-Registerstudie an fast 400 000 Patienten mit der klinischen Symptomatik einer Angina pectoris und positivem Ischämietest liefert Zahlen zur Häufigkeit einer obstruktiven KHK in diesem Kollektiv: Wie Priv.-Doz. Dr. Dirk Westermann, Charité Berlin, berichtete, wiesen in der Herzkatheteruntersuchung nur 38% eine 50%ige Hauptstamm- oder eine 70%ige Stenose in einem anderen Koronargebiet auf. Bei 62% dagegen ließ sich keine relevante Stenose nachweisen.

Ähnliche Daten liefert auch die deutsche Versorgungsstudie THINK, an der 395 Kardiologen und 2500 Patienten mit Verdacht auf eine KHK beteiligt waren. Bei > 70% der Patienten waren Koronarstenosen nicht ursächlich für die rezidivierende Angina-pectoris-Symptomatik. Diese Patienten suchen laut Westermann wegen ihrer belastenden Beschwerden immer wieder die internistische oder kardiologische Praxis auf und benötigen eine adäquate antianginöse Pharmakotherapie, um Morbidität und Mortalität zu senken und die Lebensqualität zu normalisieren. Ursächlich für die wiederkehrenden Ischämie-Attacken können laut Prof. Lars Maier, Herzzentrum der Universität Göttingen, neben mikrovaskulären Angiopathien auch eine endotheliale Funktionsstörung, eine diastolische Dysfunktion oder Störungen in der myokardialen Ionenhomöostase sein. „Hat der Arzt nur den Stenosegrad

der Koronararterien im Fokus, werden Angina-pectoris-Patienten ohne obstruktive KHK mit ihren Beschwerden allein gelassen“, mahnte Prof. Bernhard Brehm, Katholisches Klinikum Marienhof, Koblenz.

„Jeder Patient mit rezidivierender myokardialer Ischämie, der einen Betablocker verträgt, sollte diesen im Rahmen der symptomatischen Therapie auch erhalten“, betonte Prof. Johann Bauersachs, MHH Hannover. Bei Unverträglichkeit von Betablockern stehen laut Bauersachs mit Ranolazin (Ranexa®) und Ivabradin Medikamente mit „herorragender antiischämischer Wirkung“ zur Verfügung, die bei nicht ausreichendem antianginösen Effekt auch mit einem Betablocker kombiniert werden können. (arn) ■

■ **Pressekonferenz beim DGK-Kongress 2012, Mannheim, 13. April 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)**