

Viertes NOAK erweitert Therapieoptionen

— Die Palette der Möglichkeiten zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern (VHF) mithilfe direkter neuer oraler Antikoagulantien (NOAK) wurde im Juni 2015 mit Edoxaban (Lixiana®) um einen vierten Vertreter erweitert. Damit kann der Arzt nach Abwägung der zugegebenermaßen geringen Unterschiede zwischen den vier Optionen jetzt noch individuellere Therapieentscheidungen treffen. Wichtig ist bei jedem VHF-Patienten eine gute Risikostratifizierung mittels CHA₂DS₂-VASc- bzw. HAS-BLED-Score, um den Antikoagulationsnutzen und das Blutungsrisiko richtig einzuschätzen.

Die Überlegenheit von Edoxaban gegenüber Warfarin hinsichtlich des Risikos für schwere Blutungen sowie seine Nichtunterlegenheit bezüglich des Schlaganfallrisikos

hatte die Zulassungsstudie ENGAGE AF-TIMI 48 gezeigt.

Prof. Stephan Willems, Hamburg, zeigte Daten, nach denen nur 30% der Patienten, die mit herkömmlichen Vitamin-K-Antagonisten (VKA) antikoaguliert werden, bei den INR-Messungen der vergangenen vier Wochen im Zielbereich lagen. Auch die Compliance war unter Warfarin nach 24 Monaten auf lediglich ca. 50% gesunken. Damit geht ein Anstieg des Schlaganfallrisikos einher. Auch eine Metaanalyse der zulassungsrelevanten NOAK-Studiendaten aller vier verfügbaren Substanzen bestätigte den klinischen Nutzen von NOAK im Vergleich zu Warfarin. Das schlägt sich inzwischen auch in der Leitlinienempfehlung für NOAK bei VHF nieder (Empfehlungsgrad IIa, Evidenzlevel A).

Vorteilhaft bei Edoxaban ist außerdem, dass die Standarddosis von 60 mg/d bei entsprechenden Risiken zu jedem Zeitpunkt der Therapie auf 30 mg/d reduziert werden kann. Womöglich profitieren besonders ältere, multimorbide VHF-Patienten von der NOAK-Therapie. Mit dem Alter würden VHF-Prävalenz, Schlaganfall- und Blutungsrisiko ansteigen, erklärte Prof. Joachim Ehrlich, Wiesbaden. Daten der ENGAGE-Studie ergaben zudem, dass der CHADS₂-Score altersabhängig steigt, während die Kreatinin-Clearance abnimmt. Je höher aber das Risiko ist, desto besser ist auch die absolute Risikoreduktion durch Edoxaban. Daher war der absolute Nutzen von Edoxaban bei älteren Patienten tendenziell größer.

Dr. Ulrike Fortmüller

Symposium „NOAK 4.0 – Neue Therapieoptionen“, DGK-Herbsttagung, Berlin, 9. Oktober 2015; Veranstalter: Daiichi Sankyo

Neue Kombinationstherapien für Herz-Kreislauf-Patienten

— Neue Fixkombinationen aus Perindopril und Amlodipin bzw. aus Metoprolol und Ivabradin bereichern das Armamentarium für Patienten mit Bluthochdruck oder stabiler Angina pectoris.

Gegen zu viel Laissez-faire in der Hochdrucktherapie wandte sich Prof. Roland Schmieder, Erlangen: „Auch im Stadium I sollten wir den Blutdruck effektiv senken, weil das die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität verringert.“ Dabei gehe es nicht nur darum, den Blutdruck in den Zielbereich zu bringen. Dies müsse vielmehr hinreichend schnell geschehen, so Schmieder. Er machte das an einer Kohortenstudie fest,

bei der 1.762 Hypertoniepatienten mit initialer Kombinationstherapie die gleiche Anzahl von Patienten mit initialer Monotherapie zugeordnet wurde. Dabei zeigte sich, dass nach sechs Monaten kombinierter Therapie mehr Patienten das Blutdruckziel erreicht hatten, nämlich 40,3% gegenüber 32,6%. Dies ging einher mit einem schon zu diesem frühen Zeitpunkt signifikant um 23% geringeren Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse oder Todesfälle.

„Das heißt im Klartext, dass eine schnelle Blutdrucksenkung ein wichtiges Therapieziel ist“, so Schmieder. Erleichtert wird die frühe Kombinationstherapie durch eine

neue, niedrig dosierte Fixkombination (Viacoram®) aus 3,5 mg des ACE-Hemmers Perindopril und 2,5 mg des Kalziumantagonisten Amlodipin.

In einer großen, randomisierten Studie war diese Kombination nicht nur Placebo und den jeweiligen Einzelsubstanzen überlegen, sondern auch nicht unterlegen im Vergleich zu den jeweils höheren Einzeldosierungen (Perindopril: 7 mg, Amlodipin: 5 mg). Bei gleicher Effektivität traten aber weniger unerwünschte Wirkungen auf, beispielsweise zwei Drittel weniger Ödeme im Vergleich zu 5 mg Amlodipin.

Auch für Patienten mit stabiler koronarer Herzerkrankung gibt es künftig eine neue, kombinierte Therapieoption, in diesem Fall eine Kombination (Implicor®) für die antianginöse Therapie aus dem Betablocker Metoprolol und dem I_r-Kanal-Hemmstoff Ivabradin. Prof. Thomas Münzel vom Universitätsklinikum Mainz berichtete über die ASSOCIATE-Studie, in der die Kombination aus Ivabradin und Betablocker im Vergleich zur alleinigen Betablockertherapie alle relevanten Belastungsparameter verbesserte. „Die Fixkombination dürfte jetzt die Compliance der Patienten weiter verbessern“, so Münzel.

Philipp Grätzel

Symposium „Von der Hypertonie über die KHK zur Herzinsuffizienz – quo vadis?“, DGK-Herbsttagung, Berlin, 9. Oktober 2015; Veranstalter: Servier



Fixkombinationen vereinfachen die antihypertensive Therapie.