

## Apixaban: Effektiv und sicher in der Behandlung und Prophylaxe

— Der derzeitige Standard zur Akutbehandlung von venösen Thromboembolien (VTE), die sich als tiefe Venenthrombosen (TVT) oder als Lungenembolie manifestieren können, besteht Prof. Rupert Bauersachs, Darmstadt, zufolge in der initialen Gabe von parenteralen Antikoagulanzen gefolgt von einer mittel- bis langfristigen Rezidivprophylaxe mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) oder Nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAK). Eine Metaanalyse der Phase-III-Studien, die zur Zulassung der verschiedenen NOAKs in der Indikation VTE-Therapie geführt haben, belegt für diese Medikamentengruppe gegenüber den VKA ein besseres Nutzen-Risiko-Profil: „Unter den NOAKs traten insgesamt weniger Blutungen und zugleich weniger schwere Blutungen auf. Auch Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Tumorerkrankungen oder höherem Lebensalter profitierten von der niedrigeren Rate schwerer Blutungen unter den einfach anzuwendenden NOAKs“, so Bauersachs. Für Apixaban (Eliquis®) konnte in der AMPLIFY-Studie gezeigt werden, dass das NOAK in der Behandlung von VTE bei Erwachse-

nen gegenüber einer konventionellen Therapie, bestehend aus einer Initialtherapie mit Enoxaparin und einer Weiterbehandlung mit Warfarin, hinsichtlich des primären Wirksamkeitsendpunkts „rezidivierende symptomatische VTE oder durch VTE bedingte Todesfälle“ nicht unterlegen ist. „In puncto schwere Blutungen schnitt der direkte orale Faktor-Xa-Inhibitor sogar signifikant besser ab als die derzeitige Standardtherapie. Das relative Ereignisrisiko reduzierte sich um 69%“, berichtete der Angiologe ( $p < 0,001$ ). Die Ergebnisse der AMPLIFY-EXT-Studie konnten darüber hinaus den Nutzen einer Apixaban-Therapie in der Sekundärprophylaxe bei Fortsetzung der Antikoagulation über sechs bis zwölf Monate demonstrieren. Hier erwies sich Apixaban (2,5 mg oder 5 mg, je zweimal täglich) in der Reduktion des kombinierten primären Wirksamkeitsendpunkts aus symptomatischen, rezidivierenden VTE oder Tod jeglicher Ursache gegenüber Placebo in beiden Dosierungen als signifikant überlegen (8,8 % unter Placebo versus jeweils 1,7 % in den 2,5-mg- bzw. 5-mg-Gruppen; jeweils  $p < 0,001$ ).



© Arteria Photography

**Bei tiefen Beinvenenthrombosen ist eine effektive Rezidivprophylaxe erforderlich.**

Auf der Basis dieser Daten wurde Apixaban in der Dosierung zweimal täglich 2,5 mg zur VTE-Prophylaxe nach dem Abschluss einer sechsmonatigen Behandlung einer TVT oder einer Lungenembolie zugelassen.

*Silke Wedekind*

Satellitensymposium „Antikoagulation auf der Höhe der Zeit“, DGK-Herbsttagung und Jahrestagungen der Arbeitsgruppen Rhythmologie und Interventionelle Kardiologie, Berlin, 9. Oktober 2015; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer

## LDL-Cholesterin-Zielwerte: Leitlinien-treue bleibt ein frommer Wunsch

— Selbst bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko erfüllt in Europa nur eine Minderheit der Patienten die Anforderungen der Leitlinien für das LDL-Cholesterin. Experten empfehlen eine kombinierte LDL-Cholesterin-Senkung, wenn das Lipidziel mit einer Statin-Monotherapie nicht erreicht wird. Prof. Anselm Gitt vom Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen präsentierte Daten aus dem DYSIS-II-Register zur Lipidtherapie bei Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko. Die Daten zeigten, dass selbst in diesem Patientenkollektiv die von den Leitlinien geforderten Zielwerte für das LDL-Cholesterin in der Regel nicht erreicht würden, so der Experte. Von den europäischen Registerteilnehmern mit stabiler koronarer Herzerkrankung hatten nur 29,6% einen LDL-Cholesterin-

Wert von 70 mg/dl oder darunter. Und selbst bei den mit Statinen behandelten Patienten mit akutem Koronarsyndrom waren es vier Monate nach dem Indexereignis lediglich 31%. Deutschland mache da keine Ausnahme, betonte Gitt. Berechnungen hätten ergeben, dass KHK-Patienten in Deutschland im Median knapp 40 mg/dl von ihrem persönlichen LDL-Cholesterin-Ziel entfernt seien. Insgesamt gebe es damit immer noch eine große Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Prof. Chris Cannon, Boston, betonte, dass es keinen Zweifel mehr daran geben könne, dass bei der LDL-Cholesterin-Senkung bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung die Regel gelte: je niedriger desto besser. Er machte das an der IMPROVE-IT-Studie fest, in der die Patienten im Studienarm mit

einer Kombination aus Simvastatin und Ezetimib (Inegy®) behandelt worden waren. Die durch die zusätzliche LDL-Cholesterin-Senkung erzielte kardiovaskuläre Risikoreduktion falle exakt so groß aus, wie es auf Basis der Extrapolation von Statin-Studien zu erwarten gewesen war, so der Experte. Es komme also nicht darauf an, womit das LDL-Cholesterin gesenkt werde, sondern dass es gesenkt werde.

Als Therapiealgorithmus für die tägliche Praxis empfahl der Kardiologe, immer dann Ezetimib hinzu zu kombinieren, wenn mit Statinen in normalen Dosierungen der LDL-Cholesterin-Zielwert von 70 mg/dl nicht erreicht wird. Hinweise für ein erhöhtes Risiko neuer Diabeteserkrankungen unter der Ezetimib-Therapie gebe es in der IMPROVE-IT-Studie keine.

*Philipp Grätzel*

Symposium „Why Reducing LDL-Cholesterol Matters: An Evidence-Based Discussion“, ESC Congress, London, 31. August 2015; Veranstalter: MSD