

## Vorhofflimmern: Apixaban mit überlegenem Verträglichkeitsprofil

— Seit 2011 werden im kardiologischen Alltag neben Vitamin-K-Antagonisten auch neue orale Antikoagulanzen (NOAK) zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern eingesetzt. Mit diesen neuen Antikoagulanzen ist es laut

Prof. Martin Moser, Universitäts-Herzzentrum Freiburg/Bad Krozingen, gelungen, bei der Antikoagulation aus der Schere zwischen Ischämieprävention und Blutungskomplikation herauszukommen. Wie eine Metaanalyse zeigen konnte, schneidet Apixaban (Eliquis®) hinsichtlich



© hriama / Fotolia

Zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern kommen immer häufiger neue orale Antikoagulanzen zum Einsatz.

der Vermeidung von Blutungskomplikationen im Vergleich zu Warfarin, dem Antikoagulationsstandard außerhalb Deutschlands, besonders günstig ab.

Trotz der Konsistenz dieser Daten war laut Moser von niedergelassenen Kardiologen immer wieder der Einwand zu hören, dass ein Vergleich der NOAK mit dem in Deutschland eingesetzten Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon fehle. Er wurde nun von Hohnloser et al. publiziert. Die retrospektive Analyse CARBOS basiert auf anonymisierten Krankenkassendaten zu neu auf ein NOAK oder Phenprocoumon eingestellten Patienten. Sie lassen keine Auswertung der ischämischen Ereignisse zu, weil diese zu selten waren. Für Blutungskomplikationen fand sich im Vergleich zwischen Apixaban und dem Vitamin-K-Antagonisten ein signifikant niedrigeres Risiko für schwere Blutungen (Hazard Ratio [HR] 0,68;  $p=0,008$ ), gastrointestinale Blutungen (HR 0,53;  $p < 0,001$ ) und Blutungen jeglicher Art (HR 0,80;  $p = 0,002$ ).

Wiebke Kathmann

Pressegespräch bei der 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 20. April 2017; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb/Pfizer

## Bei „typischer“ PAH sofort kombinieren

— Mittlerweile gibt es mehrere an den pathophysiologischen Signalwegen der pulmonal arteriellen Hypertonie (PAH) ansetzende Medikamente, die die Erkrankung zwar nicht heilen, die Prognose der Patienten aber deutlich verbessern können. Dazu zählen Endothelin-Rezeptor-Antagonisten (ERA), Phosphodiesterase 5 (PDE-5-)Inhibitoren, Stimulatoren der löslichen Guanylatcyclase (sGC), Prostanoiden und IP-Rezeptor-Agonisten.

Neuere Studien haben übereinstimmend gezeigt, dass eine Kombination aus diesen Substanzen die Progression der PAH stärker aufhalten könne als eine Monotherapie, machte Prof. Stephan Rosenkranz deutlich. Registerdaten zufolge würden im Praxisalltag viele Patienten aber noch keine solche Kombinationstherapie erhalten, bemängelte der am Kölner Herzzentrum tätige Kardiologe.

Für „typische“ PAH-Patienten – also jüngere ohne relevante kardiopulmonale Begleit-

erkrankungen – ist die Evidenz für eine initiale Kombinationstherapie nach Ansicht von Prof. Ardeschir Ghofrani, Universitätsklinikum Gießen, aber so eindeutig, dass sie eingesetzt werden sollte.

Solche Patienten sollten bei einem niedrigen oder intermediären Risiko (erwartete 1-Jahres-Mortalität  $< 5\%$  bzw. 5–10%) initial eine Zweifachtherapie aus einem ERA und einem PDE-5-Inhibitor bzw. einem sGC erhalten. Wie in der SERAPHIN-Studie gezeigt wurde, kann die Hinzunahme des ERA Macitentan (Opsumit®) die Morbidität und Mortalität von PAH-Patienten, die bereits mit einem PDE-5-Inhibitor behandelt waren, um relativ 38% senken.

Erreichen die Patienten trotz einer Zweifachtherapie den Niedrigrisikobereich ( $< 5\%$ ) nicht, sollte die Therapie weiter eskaliert werden. Mit dem Evidenzgrad IB wird als dritte Substanz z. B. der IP-Prostazyklin-Rezeptor-Agonist Selexipag (Upravi®) empfohlen. In der GRIPHON-Studie konnte

diese Substanz das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko von PAH-Patienten, die zu 80% vorbehandelt waren (33% mit einer Kombination), um relative 40% senken.

Aber auch „atypische“ PAH-Patienten – also eher ältere Patienten mit relevanten kardiopulmonalen Begleiterkrankungen – profitieren von einer spezifischen PAH-Medikation, so Ghofrani. Diese seien in Studien, in denen eine initiale Kombitherapie geprüft wurde, allerdings ausgeschlossen gewesen. Daher wird bei ihnen zunächst eine Monotherapie mit einem PDE-5-Hemmer empfohlen. Doch das bedeute nicht, dass diese Patienten keine Kandidaten für eine Kombinationstherapie seien, betonte der Pneumologe von der Uni Gießen. Denn bei einem inadäquaten Ansprechen auf die initiale Therapie, sollte auch hier eine Kombinationstherapie erwogen werden.

Veronika Schlimpert

Symposium bei der 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 20. April 2017; Veranstalter: Actelion