

Neue Studiendaten zu Rivaroxaban bei akutem Koronarsyndrom

— Bei Postinfarktpatienten ist die duale Plättchenhemmung mit einem P2Y12-Antagonisten und Acetylsalicylsäure (ASS) über ein Jahr der Standard in der Sekundärprophylaxe. Prof. Christoph Bode, Universitäts-Herzzentrum Freiburg/Bad Krozingen, wies darauf hin, dass bei der Entstehung arterieller Thromben neben der Thrombozytenaggregation auch die plasmatische Gerinnung von Bedeutung ist. Selbst Monate nach einem akuten Koronarsyndrom sind die Thrombinspiegel noch erhöht. Deshalb könnte die Hemmung der plasmatischen Gerinnung zusätzlich zur Antiplättchentherapie (DAPT) bei diesen Patienten von Nutzen sein. Einen Hinweis darauf gaben die Ergebnisse der Studie ATLAS ACS2-TIMI 52:

Die Addition von niedrig dosiertem Rivaroxaban (Xarelto®; 2 × 2,5 mg) zu Clopidogrel/ASS führte in der Subgruppe der Patienten mit akutem Koronarsyndrom und erhöhtem Troponin, aber ohne Schlaganfall in der Anamnese zu einer relativen Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Todesfälle und für die Gesamtmortalität um 42% im Vergleich zur DAPT ($p < 0,001$). Bode wies darauf hin, dass die verstärkte Gerinnungshemmung mit einem vermehrten Auftreten von Blutungskomplikationen einherging. Es sei deshalb die Frage, ob sich Blutungen bei einem Austausch von ASS durch Rivaroxaban ohne Einbuße an Effektivität vermeiden ließen. Zu diesem Zweck wurde die Phase-II-Studie GEMINI-ACS-1

aufgelegt: Sie verglich bei 3.037 Infarktpatienten die übliche DAPT mit ASS plus Clopidogrel oder plus Ticagrelor versus Rivaroxaban (2 × 2,5 mg) plus Clopidogrel oder Ticagrelor. Primärer Endpunkt war die Rate signifikanter Blutungen. Nach einem Jahr war die Inzidenz dieser Blutungen in den Studienarmen vergleichbar (HR 1,09; $p = 0,584$). Auch die Raten der explorativen Effektivitätseindpunkte wie kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt oder Stentthrombose waren ähnlich. Allerdings war die Studie nicht darauf angelegt, die Effekte auf ischämische Ereignisse zu ermitteln. Dazu bedarf es laut Bode einer größeren Phase-III-Studie.

Katharina Arnheim

Symposium bei der 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 22. April 2017; Veranstalter: Bayer Vital

Typ-2-Diabetes: Interdisziplinärer Austausch erforderlich

— Insbesondere in das Therapiemanagement von Typ-2-Diabetikern mit hohem kardiovaskulären Risiko sollten auch Kardiologen und Nephrologen mit einbezogen werden. Spätestens seit der EMPA-REG-OUTCOME-Studie zum SGLT2-Hemmer Empagliflozin ist klar, dass der alleinige Blick auf den HbA_{1c}-Wert ausgedient hat. Zur Erinnerung: Erstmals konnte in dieser Studie bei 7.020 Patienten mit Typ-2-Diabetes und hohem kardiovaskulären Risiko nachgewiesen werden, dass mit Empagliflozin (Jardiance®) ein Antidiabetikum auch die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse signifikant verringert. Der primäre kombinierte Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod und nicht tödlichem Myokardinfarkt bzw. Schlaganfall wurde relativ um 14% reduziert ($p = 0,04$). Entscheidender Treiber war die Reduktion der kardiovaskulären Mortalität um 38% ($p < 0,001$), erläuterte Prof. Nikolaus Marx, Uniklinik der RWTH Aachen. Nach seinen Worten entspricht dies der Effektstärke der kardiovaskulären Risikoreduktion mit einem ACE-Hemmer oder Statin. Bemerkenswert war auch die frühzeitige Abnahme von Hospitalisierungen und Tod aufgrund von Herzinsuffizienz, potenziell vermittelt durch eine osmotische Diurese

und positive Effekte auf das Plasmavolumen und die Natriumretention. Zur langfristigen Risikoreduktion tragen laut Marx überdies die unter Empagliflozin beobachtete Senkung von systolischem Blutdruck und Körpergewicht sowie die Reduktion der Hyperglykämie und des Harnsäurespiegels bei.

Laut Prof. Roland E. Schmieder, Universitätsklinikum Erlangen, war Empagliflozin in diesem Kollektiv von Hochrisikopatienten zugleich mit einem signifikant um 39% verringerten relativen Risiko für das Neuaufreten oder die Verschlechterung einer Nephropathie verbunden ($p < 0,001$). Da der SGLT2-Hemmer nur für Patienten mit einer eGFR ≥ 60 ml/min zugelassen ist, könnte so vorrangig das Risiko der Neuentwicklung einer Niereninsuffizienz reduziert werden. Sowohl das kardiovaskuläre als auch das renale Risikoprofil sollten auf Basis dieser Daten in der Versorgung von Typ-2-Diabe-



© [M] abcmmedia / Fotolia | Tomicek

Bei der Behandlung von Diabetikern sollte auch das kardiovaskuläre Risiko berücksichtigt werden.

tikern mehr berücksichtigt und auch die entsprechenden Fachdisziplinen bei der Therapieentscheidung eingebunden werden, forderten beide Experten.

Michael Lohmann

Allianz-Expertengespräch bei der 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 22. April 2017; Veranstalter: Boehringer Ingelheim und Lilly