

cino Institute in Lugano/Schweiz. Patienten z. B., die in der eigentlichen Studie in der DAPT-Gruppe eingeteilt waren, erhielten auch nach Ablauf von 12 Monaten oft weiterhin zwei Plättchenhemmer.

„Carry-over-Reflex“

Valgimigli sprach von einem „carry-over“-Reflex. Ganz offenbar wird bei der Bemessung der Intensität der Plättchenhemmung immer noch primär an das ischämische Risiko gedacht, aber weniger an das Blutungsrisiko oder frühere Blutungskomplikationen.

Bei Personen mit hohem Blutungsrisiko empfehlen die Leitlinien nach einer perkutanen Koronarintervention (PCI) eine duale Plättchenhemmung (DAPT) für ein bis sechs Monate. Wenn zusätzlich antikoaguliert werden muss, sollte die DAPT auf ein bis vier Wochen begrenzt werden und nach sechs bis zwölf Monaten auch der zweite Plättchenhemmer abgesetzt werden.

Die MASTER-DAPT-Studie hatte 4.579 Teilnehmende, die mit Sirolimus beschichteten, biologisch abbaubaren Koronarstents versorgt worden waren. Sofern nach einem Monat keine ischämischen oder Blutungskomplikationen aufgetreten waren, wurde eine verkürzte Antiplättchen-Strategie (DAPT nur 1 Monat, einfache Plättchenhemmung [SAPT] weitere 11 Monate) mit einem Standardvorgehen (DAPT 6 Monate, SAPT weitere 6 Monate) verglichen. Bei antikoagulierten Patienten wurde ein Monat DAPT plus 5 Monate SAPT mit 3 Monate DAPT plus 9 Monate SAPT verglichen.

Verkürzte DAPT – weniger schwere Blutungen

Nach einem Jahr war die Weiterbehandlung den behandelnden Ärztinnen und Ärzten freigestellt. Und diese vergaßen häufig, die Thrombozytenhemmer abzusetzen, und zwar vor allem dann, wenn sie nicht dem verkürzten

Regime zugeordnet waren. 15 % dieser Patienten ohne orale Antikoagulanzen erhielten nach 15 Monaten immer noch zwei Plättchenhemmer. Und mehr als 25 % dieser Patienten unter oraler Antikoagulation nahmen nach 15 Monaten noch einen Plättchenhemmer ein. Beides ist eine Übertherapie, erst recht bei Patienten mit hohem Blutungsrisiken.

Das verkürzte Thrombozytenhemmer-Regime erwies sich auch nach 15 Monaten als sicher: Schwere Blutungen waren seltener als beim Standardvorgehen (7,4 vs. 10,7%). Thrombotische Komplikationen (MACCE) traten mit gleicher Häufigkeit auf (6,9 vs. 7,4%). Negative klinische Ereignisse insgesamt (NACE, net adverse clinical events) wurden bei 8,7 vs. 9,5 % der Patienten registriert.

Dirk Einecke

Valgimigli M: 15-month results of the MASTER DAPT trial. Hotline-Session 8, ESC Congress 2022, 26.–29.8.2022 in Barcelona
Valgimigli M et al. N Engl J Med. 2021;385:1643-55

Neue Metaanalyse: KHK-Sekundärprävention besser mit einem P2Y12-Hemmer?

Sind P2Y12-Hemmer Acetylsalicylsäure in der KHK-Sekundärprävention überlegen, und wenn ja, wie groß ist der Unterschied? Antworten gibt jetzt eine neue Metaanalyse von 7 Studien mit 24.325 Patienten.

Der Frage nach der optimalen Sekundärprävention ging schon die 1996 publizierte CAPRIE-Studie nach, als Clopidogrel auf den Markt kam. Damals zeigte der P2Y12-Hemmer eine zarte, aber signifikante Überlegenheit gegenüber ASS in der Atherothrombose-Sekundärprävention bei Patienten und Patientinnen mit Herzinfarkt, Schlaganfall oder PAVK.

Fokus auf KHK-Sekundärprävention in Monotherapie

Die nun beim ESC 2022 vorgelegten Ergebnisse der PANTHER-Studie fokussierten allerdings auf das chronische Koronarsyndrom. Entsprechend wurde nur das Drittel der KHK-Patienten von CAPRIE betrachtet, zusammen mit den Daten aus sechs anderen Studien. Retrospektiv analysiert wurden die individuel-

len Patientendaten von jeweils gut 12.000 Patienten, die entweder mit Clopidogrel (62 %) oder Ticagrelor (38 %) oder eben mit ASS behandelt worden waren, und zwar jeweils in Monotherapie. Die Patienten waren im Schnitt 64 Jahre alt, 22 % waren Frauen, die Behandlung erfolgte im Median über 1,5 Jahre.

5,5 vs. 6,3 % primäre Endpunkte

Das Risiko für einen primären Endpunkt, definiert als kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt oder Schlaganfall lag in der P2Y12-Inhibitoren-Gruppe mit 5,5 vs. 6,3 % signifikant geringer (HR: 0,88; p=0,014). Fast die ganze Differenz erkläre sich durch eine niedrigere Herzinfarkttrate (2,3 vs. 3,0 %, HR: 0,77; p < 0,001), berichtete Studienautor Prof. Marco Valgimigli vom Cardiocentro Ti-

cino Institute in Lugano/Schweiz. Die Number Needed to Treat über 1,5 Jahre von 123 Patienten für den kombinierten primären Endpunkt sowie von 136 für den Herzinfarkt bringt jedoch zum Ausdruck, dass die Differenz nicht groß ist.

Weniger hämorrhagische Insulte und Stentthrombosen

Schwere Blutungen waren mit 1,2 % (P2Y12-Hemmer) und 1,4 % (ASS) statistisch gleich häufig. Allerdings wurden – bei geringen Fallzahlen – in der P2Y12-Inhibitoren-Gruppe signifikant weniger hämorrhagische Schlaganfälle (HR: 0,32), Stentthrombosen (HR: 0,42) und gastrointestinale Blutungen (HR: 0,75) beobachtet.

Fazit von Valgimigli: Aufgrund des niedrigeren Blutungsrisiko, der 12%igen bzw. 23%igen Risikosenkung für den kombinierten Endpunkt bzw. für den Herzinfarkt sollte die langfristige Sekundärprävention mit einem P2Y12-Hemmer erfolgen.

Dirk Einecke

Valgimigli M: PANTHER - P2Y12 inhibitor versus aspirin monotherapy in patients with coronary artery disease. Hotline-Session 9, ESC Congress 2022, 26.–29.8.2022 in Barcelona