

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Atherothrombose 2004

Francesconi M

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2004; 11

(4), 166-167

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pacherneegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Veranstungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Atherothrombose 2004

M. Francesconi

Einleitung

Anlässlich des Symposiums „Atherothrombose 2004“ wurde Ende Jänner in Graz ein interdisziplinäres Update gehalten. Atherothrombotische Ereignisse zählen zu den häufigsten Todesursachen und betreffen als Gefäßbezirke die zerebrovaskuläre, die koronare und die peripher-arterielle Strombahn.

Koronare Herzkrankheit

Eine entsprechende Übersicht wurde von **Prof. Kurt Huber, Wien**, gegeben. Klinischer Zugang und Richtlinien zum Management des Akuten Koronarsyndroms (ACS) haben sich diesbezüglich laufend geändert. Die alte **Klassifikation** von Instabiler Angina (UA)/Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt (NSTEMI) versus ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI) hat sich zugunsten von UA (ACS ohne Myokardnekrose) versus NSTEMI/STEMI (ACS mit Myokardnekrose) gewandelt.

Für die UA kommen therapeutisch drei Prinzipien – am besten kombiniert – in Frage: Low Molecular Weight Heparine (LMWH), Acetylsalicylsäure (ASS) und ADP-Rezeptor-antagonisten (ADP-RA, Clopidogrel). Beim NSTEMI sind die zusätzliche Gabe von Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren (GPI) und die baldige (binnen 48 Stunden) perkutane Koronarintervention (PCI) angebracht. Beim STEMI empfiehlt sich die Akut-PCI nach vorheriger Gabe von GPI oder eine Lysetherapie, wenn eine Akut-PCI nicht binnen 60–90 Minuten erfolgen kann. Der klassische Infarkt nach älterer Nomenklatur stellt derzeit für Clopidogrel keine eigentliche Indikation dar, entsprechende Studien sind aber im Gange.

Für **Acetylsalicylsäure (ASS)** gibt es positive Daten aus der Antithrombotic Trialist's Collaboration (2002) generell bei KHK, aber auch nach Myokardinfarkt (MI). Die Dosisempfehlung liegt bei 75–150 mg/die.

Bei den Antithrombinen ist LMWH gegenüber unfractioniertem Heparin zu bevorzugen. Es gibt keine guten „Head-to-head“-Vergleichsstudien für diese Produktklasse, am besten sind aber die Daten für Enoxaparin.

Für **ADP-Rezeptorantagonisten** hat die CURE-Studie mit Clopidogrel bei Patienten mit UA klare Ergebnisse gebracht [N Engl J Med, 2001]. Clopidogrel in Kombination mit ASS brachte vs. ASS alleine eine relative Risikoreduktion (RRR) von 20 %. In Hochrisikosubgruppen war ein diesbezüglicher Unterschied bereits nach wenigen Behandlungstagen sichtbar. Ein ähnliches Design wies die CREDO-Studie auf [J Am Med Assoc, 2002], bei der es um Langzeitergebnisse nach Stenting ging. Die mit Clopidogrel (300 mg loading dose, 75 mg/die) vorbehandelten Patienten wiesen im Vergleich zur Gruppe mit ASS-Monotherapie eine RRR von 27 % auf. Eine frühzeitige Gabe der loading dose erhöhte deutlich den Nutzen: > 3 Stunden vor PCI: RRR = 18,5 %; > 6 Stunden vor PCI: RRR = 38,6 %. Während sich die Spontanblutungen in den beiden Gruppen nicht unterschieden, zeigte sich bei den postpunktionellen Blutungen ein vermehrtes Risiko in der Kombinationsgruppe, was aber auf eine ASS-Dosierung von > 300 mg/die zurückgeführt wurde. Bei planbaren PCIs ist somit eine möglichst frühe Gabe von Clopidogrel, am besten am Vortag, die ideale Vorbehandlung. Dieses Vor-

gehen ist natürlich bei akuten Interventionen nicht machbar. Neuere Daten weisen darauf hin, daß die Verdoppelung der loading dose auf 600 mg hier Abhilfe schaffen könnte.

Der Einsatz von **GPI** beim ACS ist vielfach in Studien mit und ohne Intervention geprüft worden. Die gepoolten Daten sämtlicher Studien weisen einen signifikanten Benefit für Patienten mit troponinpositivem Befund und für Diabetiker aus, also für sogenannte Hochrisikopatienten. Bei Studien mit PCI war der Benefit von der Zeitspanne zwischen loading dose und Intervention abhängig.

Internationale Therapieempfehlungen

Für das ACS (Klasse-I-Empfehlung) kommen gemäß ESC-Guidelines ASS (75–150 mg/die), LMWH (bevorzugt Enoxaparin 2 × 1 mg/kg KG s.c./Tag) und Clopidogrel (75 mg/die über 9–12 Monate) in Frage. Die Gabe von GPI ist hier nur mehr für Hochrisikopatienten vorgesehen.

Neue Therapieansätze

Bei der chronisch stabilen Angina pectoris und geplanten PCI zeigen prospektive Studien (ISAR-REACT [NEJM, 2004]) für Clopidogrel (loading dose 600 mg) mit/ohne GPI gleich gute Daten. Ob auf GPI möglicherweise auch bei Hochrisikopatienten verzichtet werden kann, wird derzeit von der ISAR-REACT-2-Studie untersucht.

In der Sekundärprävention gesichert und empfohlen ist die Kombination von ASS und Clopidogrel über 12 Monate. Für Hochrisikopatienten (FRISC II [Am J Cardiol, 1997]) kommt die Kombination aus ASS mit LMWH über drei Monate in Frage, die tägliche Applikation einer s.c.-Injektion stellt jedoch ein Hindernis dar. Bei der in der WARIS-Studie [N Engl J Med, 1990] untersuchten Kombination aus ASS mit oralen Antikoagulanzen vom Marcoumar-Typ zeigt sich, daß die Einhaltung des therapeutischen Bereichs der INR nur selten möglich ist. Der Einsatz von Ximelagatran, das erste direkte orale Antithrombin, steht erst in früher Erprobung.

Sekundärprävention nach ACS

Zu den gesicherten pharmakologischen antiatherosklerotischen Maßnahmen zählt die Gabe von Statinen mit dem LDL-Zielwert 100 mg/dl und von ACE-Hemmern bzw., bei Unverträglichkeit letzterer, von Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten. Das Management der Insulinresistenz als atherogener Faktor stellt eine weitere wichtige Option dar. Neben der bekannten und kaum praktizierten Lebensstiländerung ist diesbezüglich pharmakologisch der Einsatz von Glitazonen und Omega-3-Fettsäuren überlegenswert.

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Entsprechende Daten wurden von **Prof. Franz Aichner, Linz** und **Prof. Franz Fazekas, Graz** präsentiert. Das Management des akuten Schlaganfalles (SA) bedarf einer interdisziplinären Kooperation von Neurologen und Internisten. Idealerweise erfolgt die Betreuung auf Stroke Units (SU), was nicht nur die Akut-, sondern auch die Langzeitmortalität reduziert. Die 3-Monate-Mortalität betrug in Österreich zuletzt

12 % und war damit im internationalen Vergleich ausgezeichnet. Die Thrombolyse stellt eine ideale Therapieoption dar, limitierend ist der 3-Stunden-Faktor, den nur ca. 50 % alle SA-Patienten erfüllen. Ist es möglich, das 3-Stunden-Fenster einzuhalten, ist die Beurteilung in der CT ausreichend, ansonsten muß eine MRT durchgeführt werden. Von allen SA-Patienten erfahren derzeit in Österreich 5,6 % eine i.v.- und 0,5 % eine i.a.-Lyse; am häufigsten wird Alteplase (rt-PA) verwendet. Wegen unterschiedlicher Protokolle schwanken die Komplikationsangaben beträchtlich (Cleveland: 12 %, Köln: 4 %).

In der Sekundärprävention führt ASS zu einer RRR von 25 %, der Zusatz von Dipyridamol ergibt nach der Antithrombotic Trialist's Collaboration-Metaanalyse 2002 keinen weiteren Benefit, während die zusätzliche Gabe von Clopidogrel den Benefit um weitere 10 % erhöht. Unter den prospektiven Studien, die im Laufen sind (MATCH, CHARISMA, ESPRIT, ACTIVE), wird in PROFESS (Vorstellung: 2007) die Wirkung von Clopidogrel mit ASS vs. Dipyridamol mit ASS untersucht.

Eine besondere Situation ergibt sich durch den Verschluß im Basilarisbereich, was sich aber nur selten ereignet. Wie die Ergebnisse der PROACT-II-Studie [J Am Med Assoc, 1998], bei der erfolgreich Urokinase mit Heparin (i.a.-Lyse) vs. Heparin alleine untersucht wurde, gezeigt haben, ist kein strenges Zeitfenster gegeben. Eine besondere Therapieform wird im Emergency Management Bridging Trial in solchen Fällen durchgeführt: Die Behandlung beginnt mit einer i.v.-Lyse (Alteplase) und wird intraarteriell fortgesetzt und beendet.

Beim sogenannten malignen Media-Infarkt kommt es zu einer mit konventionellen Maßnahmen nicht beherrschbaren Hirndrucksteigerung mit Hirnstammeinklemmung. Die Gesamtmortalität ist mit 80 % sehr hoch (Frühmortalität: 16 %, Spätmortalität: 34 %). Als experimentelle Therapieoption wird die entlastende Hemikraniotomie durchgeführt. Wegen geringer Fallzahlen ist die Beurteilung dieser Therapieform zur Zeit jedoch noch nicht möglich [Stroke, 1998].

Die Bedeutung der Stentimplantation vs. operativen Eingriffen im Karotisstrombahnbereich kann noch nicht durch Langzeitergebnisse abgesichert werden. Klinisch kann das Stenting zu postprozeduralen neurologischen Defiziten führen. Weiters finden sich relativ häufig hyperintense Läsionen

in der MR-Diffusion, die in 80 % eine Spontanregression zeigen.

Periphere arterielle Verschußkrankheit

Eine völlig unterschätzte Problematik stellt die periphere arterielle Verschußkrankheit (PAVK) dar, wie von **Prof. Ernst Pilger, Graz**, dargestellt. Dies spiegelt sich besonders in den Prävalenzangaben wider. Während bei Männern um die 50 Jahre die Häufigkeit einer Claudicatio-Symptomatik mit nur 1 % angegeben wird, zeigt die apparative Diagnostik eine um ein Vielfaches höhere Prävalenz. Auch Patienten, die eine klinisch asymptomatische PAVK haben, sind einem hohen Risiko für Gefäßläsionen in anderen Gebieten ausgesetzt. Leitlinien zur Erfassung der PAVK wurden von der „Österreichischen Gesellschaft für Internistische Angiologie (ÖGIA)“ ausgearbeitet und in der ÖAZ [2002; 19: 60–3] veröffentlicht. Die Leituntersuchung dafür ist der mittels Doppler-Ultraschall ermittelte Ankle-Brachial-Index (ABI). Werte von <0,9 sind indikativ für das Vorhandensein einer PAVK. Eine in Österreich durchgeführte Untersuchung an über 2000 Personen reiferen Alters (im Mittel 67 Jahre) zeigte unter Verwendung des ABI eine Prävalenz von 44 %. Da alle Personen mit bereits bekannter Verschußerkrankung von der Untersuchung ausgeschlossen wurden, hatten diese Personen keine Kenntnis ihrer Gefäßkrankung. Immerhin wiesen 7 % dieser Untersuchten einen ABI von <0,4 auf, was einer schweren PAVK entspricht. Die Risikoverteilung wies Hypertonie (78 %) als den häufigsten Risikofaktor aus, gefolgt von Hyperlipidämie (65 %), Diabetes mellitus (42 %) und Rauchen (24 %).

Unter Verwendung der Daten der CURE-Studie [N Engl J Med, 2001] und unter Zuhilfenahme des österreichischen Kostensystems, konnte vom „Institut für Gesundheitsökonomie“ Clopidogrel als kosteneffektiv ermittelt werden, wie **Prof. Bernhard Schwarz, Wien**, darlegte.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Mario Francesconi
Ärztlicher Leiter SKA-RZ Alland
2534 Alland
E-Mail: mario.francesconi@pva.sozvers.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung