

Journal für **Kardiologie**

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaferkrankungen

**Kongreßbericht vom American
College of Cardiology, 51st Annual
Scientific Session Atlanta, 17.-20.
März 2002**

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2002; 9 (5)*

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

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Kardiologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

BERICHT VOM AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

51st Annual Scientific Session, Atlanta, 17.–20. März 2002

KONGRESS-
BERICHT

DEFINIERTER ROLLE VON CLOPIDOGREL (PLAVIX®) BEI INSTABLER ANGINA PECTORIS (IAP) UND INFARKT OHNE ST-HEBUNG (NSTEMI)

In dieser Sitzung berichteten **S. Yusuf, C. P. Cannon, V. Fuster, E. Topol** u. a. über jüngste Fortschritte auf dem Gebiet der Plättchenhemmertherapie sowie über das Update der AHA/ACC Guidelines. Im Mittelpunkt standen die rezent publizierten Daten der CURE- und PCI-CURE-Studien. CURE war eine randomisierte Studie an 12.562 Patienten mit IAP oder NSTEMI, die innerhalb von 24 Stunden aufgenommen wurden und die zusätzlich zu Aspirin entweder Placebo oder Clopidogrel (Loading-dose 300 mg, gefolgt von 75 mg/d) für 3–12 Monate erhielten. Unter Clopidogrel zeigte sich eine signifikante Reduktion von kardiovaskulären Todesfällen, Myokardinfarkt oder Schlaganfall um 20 %, wobei der Effekt bereits nach wenigen Stunden eintrat. PCI-CURE war eine Subgruppe von 2658 Patienten, die nach der Randomisierung einer PCI zugeführt wurden. Obwohl nach der PCI > 80 % der Patienten auch in der Placebogruppe ein Thienopyridin erhielten, war der primäre Endpunkt nach 30 Tagen in der Clopidogrelgruppe um 30 % reduziert, auch vom 30. Tag bis zum Ende der Beobachtungsperiode fanden sich um 21 % weniger kardiovaskuläre Todesfälle oder Infarkte. Nach den neuen Guidelines der ACC/AHA ist Clopidogrel daher ideal für Patienten, bei denen zunächst eine primär konservative Vorgangsweise vorgesehen ist, bzw. für Zentren ohne eigene Koronarangiographie sowie für Patienten, bei denen eine PCI geplant ist. Der Therapiebeginn sollte möglichst bald sein. Die Dauer der Clopidogreltherapie ist nicht genau definiert, neuere Daten sprechen aber dafür, daß bei diesen Patienten atherothrombo-

tische Komplikationen mit einer hohen Rate auch noch nach mehreren Monaten bis Jahren nach dem Akutereignis ablaufen, und daß es sich bei akuten Koronarsyndromen um pankoronare Syndrome handelt. Es wird daher eine Therapiedauer von mindestens einem Monat bis zu 9 Monate bei jenen Patienten empfohlen, die kein hohes Blutungsrisiko aufweisen.

Bei Patienten, bei denen eine elektive aortokoronare Bypassoperation geplant ist, sollte eine individuelle Vorgangsweise gewählt werden. Da das Blutungsrisiko in der Clopidogrel + Aspirin-Gruppe gegenüber der Aspirin-Gruppe nur um 0,9 % erhöht war, wenn Clopidogrel 5 Tage oder mehr pausiert wurde, jedoch um 3 % höher war bei kürzerer Pause (9,3 % vs. 6,3 % schwerere Blutungen), sollte Clopidogrel 5, besser 7 Tage pausiert werden. In Kliniken, wo eine sehr rasche invasive Diagnostik (innerhalb von 36 Stunden) und Therapie die Regel ist, kann das Ergebnis der Koronarangiographie zunächst abgewartet und erst mit Clopidogrel begonnen werden, wenn eine Bypassoperation innerhalb der nächsten Tage nicht geplant ist.

Derzeitige Forschungsgebiete sind u. a. etliche Gen-SNPs (single nucleotide polymorphisms) sowie die antiinflammatorischen Aktivitäten von Clopidogrel, die sich etwa an reduziertem CD40L und hsCRP zeigen. Der P2Y₁₂-Rezeptor, der Angriffspunkt von Clopidogrel, konnte erst kürzlich geklont werden.

ACC/AHA GUIDELINES UPDATE 2002 FÜR PATIENTEN MIT IAP ODER NSTEMI/GERINNUNGSHEMMENDE THERAPIEN

Klasse I

1. Aspirin so bald wie möglich und fortlaufend (Level of Evidence: A).

2. Clopidogrel bei Überempfindlichkeit gegen Aspirin oder schwerer Magen-Darm-Unverträglichkeit (Level of Evidence: A).
3. Bei hospitalisierten Patienten mit geplanter primär konservativer Vorgangsweise: Clopidogrel + Aspirin so bald wie möglich für wenigstens 1 Monat (Level of Evidence: A) und bis 9 Monate (Level of Evidence: B).
4. Bei Patienten mit geplanter PCI: Clopidogrel für wenigstens 1 Monat (Level of Evidence: A) und bis 9 Monate bei Patienten ohne hohes Blutungsrisiko (Level of Evidence: B).
5. Bei Patienten, die Clopidogrel nehmen und bei denen eine aortokoronare Bypassoperation geplant ist, sollte Clopidogrel wenigstens 5, besser 7 Tage pausiert werden (Level of Evidence: B).
6. Antikoagulation mit subkutanen LMWH oder intravenösem UFH zusätzlich zu Aspirin und/oder Clopidogrel (Level of Evidence: A).
7. Ein Glykoprotein IIb/IIIa-Antagonist sollte zusätzlich zu Aspirin und Heparin bei Patienten verabreicht werden, bei denen eine Herzkatheteruntersuchung und PCI geplant ist. Der GpIIb/IIIa-Antagonist kann auch erst unmittelbar vor der PCI verabreicht werden (Level of Evidence: A).

Klasse IIa

1. Eptifibatid oder Tirofiban sollten zusätzlich zu Aspirin und LMWH oder UFH Patienten mit fortgesetzter Ischämie, erhöhtem Troponin oder anderen Hochrisikocharakteristika verabreicht werden, wenn eine invasive Managementstrategie nicht geplant ist (Level of Evidence: A).
2. Enoxaparin ist gegenüber UFH zu bevorzugen, wenn nicht innerhalb von 24 Stunden eine aortokoronare Bypassoperation geplant ist. (Level of Evidence: A).
3. Ein Glykoprotein IIb/IIIa-Antagonist sollte zusätzlich zu Aspirin und Heparin und Clopidogrel bei Patienten

Übersicht über beim ACC präsentierte Late-Breaking Clinical Trials (Auswahl)

Studie (Patientenzahl = n)	Zweck und Beschreibung	Ergebnis
The Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (<i>AFFIRM</i>), n = 4060	Um 2 Behandlungsstrategien bei Vorhofflimmern von mehr als 6 Stunden Dauer innerhalb der letzten 6 Monate zu vergleichen: Frequenzkontrolle + Antikoagulation versus Rhythmuskontrolle und Antikoagulation. Follow-up 5 Jahre	Nichtsignifikante Trends zugunsten der Frequenzkontrollgruppe hinsichtlich Gesamtmortalität (= primärer Endpunkt) und Schlaganfällen. Bei mehr Patienten der Rhythmuskontrollgruppe wurde Antikoagulation abgesetzt. Mehrzahl der Insulte in beiden Gruppen, wenn INR < 2,0.
Multicenter Autonomic Defibrillator Implantation Trial (<i>MADIT-II</i>), n = 1232	Um zu testen, ob bei Patienten nach Myokardinfarkt mit einer LVEF von ≤ 30 % durch eine prophylaktische transvenöse Kardioverter/Defibrillatorimplantation die Mortalität reduziert werden kann vs. übliche Therapie	Patienten in beiden Gruppen erhielten in 70 % Betablocker und in 72 bzw. 68 % ACE-Hemmer. Nach durchschnittlichem Follow-up von 20 Monaten betrug die Mortalität in der Kontrollgruppe 19,8 % vs. 14,2 % in der Defibrillatorgruppe (= -31 %, p = 0,016), die Mehrzahl der Todesfälle in der Kontrollgruppe war rhythmogen.
Weekly Intervention With Zithromax for Atherosclerosis and Its Related Disorders (<i>WIZARD</i>), n = 7724	Zur Untersuchung der Wirksamkeit von Azithromycin (600 mg für 3 Tage, dann 1 × 600 mg/Woche für 11 Wochen) zur Verhinderung der Progression der koronaren Herzkrankheit bei Patienten nach Myokardinfarkt (> 6 Wochen) und einem IgG-Titer gegen C. pneumoniae ≥ 1:16	Kein signifikanter Unterschied zwischen Azithromycin und Placebo hinsichtlich Tod, nichttödlichem Infarkt, Hospitalisierung wegen Angina pectoris oder Revaskularisation. Kein Zusammenhang zwischen Ergebnis und Chlamydien-Titer.
The Breathing Not Properly (<i>BNP</i>) Multinational Study, n = 1588	Prospektive Blindstudie zur Untersuchung von BNP bei Patienten, die mit Atemnot in die Notaufnahme zugewiesen wurden. 3 Diagnosekategorien: Atemnot wegen Herzinsuffizienz/anamnestisch linksventrikuläre Dysfunktion, aber Atemnot aus anderer Ursache/keine Herzinsuffizienz	BNP hat hohe Sensitivität, Spezifität und diagnostische Genauigkeit. Patienten mit Herzinsuffizienz und unsicherer Diagnose wurden bei einem Grenzwert von 100 pg/ml in 74 % richtig identifiziert.
Cardiovascular Mortality and Morbidity in Losartan Intervention for Endpoint Reduction in Hypertension Trial (<i>LIFE</i>), n = 9193	Kann Losartan im Vergleich zu Atenolol bei Patienten mit essentieller Hypertonie und Linkshypertrophie im EKG die Mortalität und Morbidität reduzieren? Follow-up mindestens 4 Jahre	Bei vergleichbarer Blutdrucksenkung (-30,2/-16,6 vs -29,1/-16,8) relative Risikoreduktion bezüglich des primären kombinierten Endpunkts (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt, Insult) unter Losartan von 13 % (bei Diabetikern 24,9 %), überwiegend durch Reduktion der Insultrate (relatives Risiko -24,9 %). Reduktion neuer Diabetesfälle unter Losartan um 25 %.
Heparin-Coated Stents in Small Coronary Arteries (<i>COAST</i>), n = 588	Vergleich von 3 Strategien bei PTCA von kleinen Gefäßen (2,0-2,6 mm): A) PTCA alleine, B) unbeschichteter Stent, C) heparinbeschichteter Stent	Kein Unterschied hinsichtlich binärer Restenoserate.
The Danish Multicenter Randomized Trial on Thrombolytic Therapy Versus Acute Coronary Angioplasty in Acute Myocardial Infarction (<i>DANAMI-2</i>), n = 1572	Vergleich einer primär interventionellen mit einer thrombolytischen Therapie (rt-PA) bei transmuralen akutem Myokardinfarkt -12 Stunden nach Schmerzbeginn; A) in Krankenhäusern mit invasiven Therapiemöglichkeiten und B) in Krankenhäusern ohne Möglichkeiten der invasiven Therapie und Transfer in invasives Zentrum	1 Stunde Verzögerung der Door-to-balloon time durch Transport, niedrige Ereignisrate während Transport (1,6 % VT oder Kammerflimmern). Durch PCI mehr als 40 % Reduktion des relativen Risikos in Gruppe A und B hinsichtlich des primären Endpunkts (Tod, Reinfarkt, disabling stroke) nach 30 Tagen.
Omapatrilat versus Enalapril Randomized Trial of Utility in Reducing Events (<i>OVERTURE</i>), n = 4420	Ist bei Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA II-IV die kombinierte Hemmung der neutralen Endopeptidase (NEP) und des Angiotensin Converting Enzyms (ACE) durch Omapatrilat der alleinigen ACE-Hemmung durch Enalapril überlegen?	Kein Unterschied bezüglich des primären Endpunkts (Tod oder Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz). Höhere Rate von Hypotonie unter Omapatrilat.

ten verabreicht werden, bei denen eine Herzkatheteruntersuchung und PCI geplant ist. Der GpIIb/IIIa-Antagonist kann auch erst unmittelbar vor der PCI verabreicht werden (Level of Evidence: A).

Klasse IIb

Eptifibatid oder Tirofiban zusätzlich zu Aspirin und LMWH oder UFH, bei Patienten ohne fortgesetzte Isch-

ämie, die kein anderes Hochrisikokennzeichen aufweisen und bei denen keine PCI geplant ist (Level of Evidence: A).

Klasse III

1. Intravenöse Fibrinolyse bei Patienten ohne akute ST-Hebung, streng posterioem Infarkt oder vermutlich neu aufgetretenem Linksschenkelblock (Level of Evidence: A).

2. Abciximab bei Patienten, bei denen keine PCI geplant ist (Level of Evidence: A).

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Johann Pollak
Ludwig Boltzmann-Institut
für Herzinfarktforschung
Krankenhaus Lainz,
A-1130 Wien, Wolkersbergenstr. 1
E-Mail: pollak@billrothhaus.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)