

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Kongreßbericht: 2. Wolfgangseer

Expertenmeeting: Clopidogrel -

starker Partner bei ACS-Therapie

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2001; 8

(7-8)

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.

2. WOLFGANGSEER EXPERTENMEETING: CLOPIDOGREL – STARKER PARTNER BEI ACS-THERAPIE

*Ob die Kombination aus dem Plättchenaggregationshemmer Acetylsalicylsäure und dem ADP-Rezeptor-Antagonisten Clopidogrel bei der medikamentösen Hemmung der Plättchenaggregation einen wichtigen Fortschritt für Patienten mit ACS (akutes Koronarsyndrom) darstellt, stand im Zentrum der Überlegungen des * zum Thema „Der kardiale Hochrisikopatient“. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber von der Universitätsklinik für Innere Medizin in Wien: „Wenn die endgültigen Daten der CURE-Studie offiziell publiziert sein werden, ist es wahrscheinlich, daß die bisher gültigen Richtlinien zur Behandlung des ACS korrigiert werden müssen.“*

In der CURE-Studie (Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Ischemic Events) wurde geprüft, ob sich eine Kombination aus Acetylsalicylsäure und Clopidogrel auch als Langzeittherapie für die Patienten mit instabiler Angina pectoris oder Non-Q-wave-Infarkt klinisch günstig auswirkt. Plaqueruptur mit konsekutiver Plättchenaggregation und die daraus resultierende Thrombose sind die Ursachen für instabile Angina und Non-Q-wave-Infarkte. Patienten mit instabiler Angina und Non-Q-wave-Infarkt haben ein hohes Risiko für ein ischämisches Ereignis. Bisherige Daten deuten darauf hin, daß das Hinzufügen eines ADP-Rezeptor-Antagonisten wie Clopidogrel zu ASS einen therapeutischen Nutzen bringt, denn trotz Acetylsalicylsäure-Prophylaxe kommt es bei Hochrisikopatienten zu vielen vaskulären Ereignissen.

Patienten mit instabiler Angina pectoris oder Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung, die in die Klinik kommen, sind trotz der Behandlung mit Acetylsalicylsäure und Heparin von weiteren Komplikationen bedroht. Ziel der CURE-Studie war es, zu prüfen, ob dieses Risiko durch eine zusätzliche antithrombotische Behandlung mit Clopidogrel frühzeitig und auch auf Dauer gesenkt werden kann.

Ausgangspunkt für die Behandlung mit Acetylsalicylsäure in Kombination mit Clopidogrel war die Tatsache, daß beide Substanzen die Plättchenaggregation auf unterschiedliche Weise hemmen. Clopidogrel hatte sich im Vergleich mit Acetylsalicylsäure bereits in der CAPRIE-Studie bei Patienten mit Atherosklerose als effektiv erwiesen. In der CAPRIE-Studie (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events) waren mehr als 19.000 Patienten mit symptomatischer Atherothrombose untersucht worden. Geprüft wurde, wie effektiv 325 mg Acetylsalicylsäure pro Tag sind, verglichen mit 75 mg Clopidogrel. Primäre Studienendpunkte waren Herzinfarkt, Schlaganfall oder Tod. Unter Clopidogrel konnten zusätzlich 26 % atherothrombotische Ereignisse verhindert werden.

Im Rahmen der CURE-Studie, einer randomisierten und kontrollierten Multicenterstudie, wurde einer Gruppe von weltweit 12.562 Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung zusätzlich zur Basistherapie Clopidogrel verabreicht, die andere Gruppe bekam Placebo. Alle Patienten erhielten Aspirin, und die Behandlungsdauer lag zwischen 3 und 12 Monaten, im Median 9 Monate. Initial wurde Clopidogrel in der „loading dose“ von 300 mg verabreicht, in der Folge 75 mg einmal täglich.

Im Rahmen des 2. Wolfgangseer Expertenmeetings zum Thema „Der kardiale Hochrisikopatient“ berichtete **Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber** von der Universitätsklinik für Innere Medizin in Wien über Daten, die bereits vor der Publikation der CURE-Studie die Fachwelt aufhorchen lassen: „Für die Kombination der harten Endpunkte wie kardiovaskulärer Tod, Infarkt oder Schlaganfall ergab sich für jene Patienten, die Clopidogrel im akuten Koronarsyndrom erhielten, eine relative Risikoreduktion von 20 %. Bei Todesfällen betrug die Risikoreduktion 8 %, beim Myokard-

infarkt 23 % und beim Schlaganfall 15 %. Betrachtet man die Risikoreduktion durch Clopidogrel im zeitlichen Verlauf, so kann man feststellen, daß diese Therapie nicht nur in der Akutphase, sondern auch in der Sekundärprävention positive Langzeiteffekte gegenüber einer Aspirintherapie aufweist. Patienten mit schwerer Ischämie – das waren jene, die keine Intervention benötigt haben, aber trotzdem schwer symptomatisch waren – haben ebenfalls durch eine 24%ige Risikoreduktion signifikant von Clopidogrel profitiert.“

Acetylsalicylsäure hemmt die Aktivierung der körpereigenen Wirkstoffe Thromboxan und Prostacyclin. Im Gegensatz zum Thromboxan, das die Gerinnungsfähigkeit des Blutes fördert, wirkt Prostacyclin der Blutgerinnung für kurze Zeit entgegen. Clopidogrel ist zwar auch ein Thrombozytenfunktionshemmer, wirkt aber anders als Acetylsalicylsäure. Normalerweise lagern sich in einem durch Atherosklerose veränderten Blutgefäß Thrombozyten an jene Abschnitte des Gefäßendothels an, die beschädigt sind. Dort werden sie durch bestimmte Transmitter aktiviert und setzen die Wirkstoffe Thromboxan A₂ und Adenosindiphosphat (ADP) frei. Diese beiden Substanzen fördern die Anlagerung weiterer Thrombozyten über Fibrinogenmoleküle am GPIIb/IIIa-Rezeptor. Auf diese Weise entsteht ein Thrombus. Clopidogrel verhindert die ADP-abhängige Aktivierung der GPIIb/IIIa-Rezeptoren der Thrombozyten und somit das Entstehen eines Thrombus.

In der Akutphase konnte im Rahmen der CURE-Studie die refraktäre Angina praktisch halbiert werden. Andere schwere Ischämieformen konnten ebenfalls um über 20 % und Herzversagen um 17 % reduziert werden. Die signifikanten Effekte waren bereits in der Initialphase zu beobachten. Bemerkenswert in der CURE-Studie war auch, daß unter der Therapie mit Clopidogrel 40 % weniger

Thrombolysetherapien durchgeführt werden mußten, als dies unter Placebo der Fall war. Huber: „Clopidogrel senkte das Risiko harter Endpunkte in der CURE-Studie um 20 % hochsignifikant. Schwere, wiederkehrende Ischämien und Herzversagen werden um rund 20 % in der Inzidenz reduziert. Für diese Vorteile muß man mit einem Anstieg schwerer Blutungskomplikationen um 1 % rechnen, was im Rahmen dieser akuten Erkrankung absolut zu akzeptieren ist. Clopidogrel ist sowohl für die frühe Therapie als auch für die Langzeitbehandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom eine sehr vorteilhafte Substanz.“

Klinisch gesehen kann sich ein akutes Koronarsyndrom in mehrere Richtungen hin entwickeln. Der Patient kann einen Infarkt erleiden und daran versterben. Er kann sich aber auch stabilisieren oder therapieresistent bleiben. Mit den aktuellen Therapierichtlinien des ACS unter besonderer Berücksichtigung der interventionellen Therapie beschäftigte sich **Univ.-Prof. Dr. Othmar Pachinger** von der Universitätsklinik für Innere Medizin in Innsbruck: „Ich glaube, daß es heute in der

Mehrzahl sehr wohl gelingt, mit pharmakologischen Möglichkeiten einen Großteil der Patienten zu stabilisieren. Das Wichtigste ist daher, jene Patienten zu identifizieren, bei denen die Gefahr besteht, daß sie einen Infarkt entwickeln. Es ist heute möglich, mit einfachen Parametern die Patienten sehr gut zu klassifizieren. Dazu gehören die Klinik, das EKG und biochemische Marker. Bei den biochemischen Markern sind die Troponine deutlich sensitiver als die klassischen Enzymparameter. So ist man heute in der Lage, mittels der Troponine auch Mikroinfarkte zu identifizieren.“

Als eine „kardiale Hochrisikogruppe“ bezeichnete **Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik** von der Universitätsklinik für Innere Medizin in Wien Patienten mit Diabetes mellitus und Hyperlipidämie: „Egal bei welcher Altersstufe und welchem Geschlecht, es besteht mit zunehmender Adipositas ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Dabei hat die Art der Adipositas einen ganz wichtigen Einfluß auf das Risiko, eine koronare Herzkrankheit zu entwickeln.“ Bei einer Adipositas mit viszeraler Fettverteilung besteht das Risiko darin, daß die viszeralen

Adipozyten sehr rasch freie Fettsäuren mobilisieren. Diese gelangen über die Pfortader in die Leber und beeinflussen dort den Cholesterinstoffwechsel ungünstig. Darüber hinaus induzieren die im peripheren Kreislauf befindlichen freien Fettsäuren eine Insulinresistenz. Univ.-Prof. Dr. Bernhard Ludvik: „Der Typ 2-Diabetes weist nicht nur eine enge Korrelation mit dem Body-Mass-Index auf, sondern stellt eigentlich den Endpunkt des metabolischen Syndroms dar. Bezüglich der KHK müssen wir uns in der Diabetologie nicht nur auf den Diabetes konzentrieren, sondern auch auf die anderen Risikofaktoren. Lipide senken ist einfach, Blutdruck einstellen ist auch keine große Kunst. Die Kunst, und das bleibt uns momentan nicht erspart, ist es, das HbA_{1c} unter 6,5 zu bringen.“

Weitere Informationen:

Dr. Roman Gamerith
Sanofi Synthelabo GmbH/
Bristol-Myers-Squibb GmbH OHG
A-1160 Wien, Koppstraße 116
Tel. 01/495 02 00-0
Fax 01/495 02 00-215
E-Mail: roman.gamerith@sanofi-synthelabo.com

VIENNA SCHOOL OF CLINICAL RESEARCH (VSCR)

New International Seminar for Cardiologists: „Scientific Aspects of Clinical Trials in Cardiovascular Diseases“, Vienna, 18–23 November 2001

„Teaching the Future – Enhancing your Career!“ This is the slogan of the Vienna School of Clinical Research (VSCR) that offers a new seminar for cardiologists held in Vienna in November this year. The objectives of this educational program are to provide participants with an in-depth understanding of clinical research and its pitfalls and risks and with the skills to independently write a scientific protocol and to critically appraise

protocols and reports of clinical trials in the field of cardiovascular diseases.

In an intensive workshop-based program over five days, a maximum of 30 participants are requested to develop their own „realistic“ protocols under the supervision and guidance of a faculty formed by international top experts from the field. The protocols will continuously be discussed and evaluated by the faculty and the audience. Based on lectures, discussions and workshops and with the advice of the faculty members, participants will acquire all necessary skills in a step-by-step approach. Certification will be granted after successful completion of a final exam.

The facilities of the VSCR are of highest standard with newest audio-visual

equipment. All required material will be provided to participants, including access to PCs and Internet.

Scholarships are available for a limited number of applicants from Central and Eastern Europe, the Middle East and Africa. For registration and further information about the VSCR program, please refer to the VSCR web site:

www.vscr.at

Contact address:

Vienna School of Clinical Research
Barichgasse 40–42, A-1031 Wien
Tel.: +43 (0)1 713 40 51 11,
Fax: +43 (0)1 713 40 51 99
E-Mail: vscr@vscr.at,
Homepage: www.vscr.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