

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Statine and akute koronare Syndrome:
Cholesterinsenkung oder Beeinflussung der
Erkrankung?

Eber B

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2000; 7 (Supplementum C)
39-41*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

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

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

Veranstaltungskalender

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

STATINE UND AKUTE KORONARE SYNDROME: CHOLESTERINSENKUNG ODER BEEINFLUSSUNG DER ERKRANKUNG?

Satellitensymposium organisiert von Bristol-Myers Squibb

STATINE

In diesem Symposium wurde von hochkarätigen Referenten als „main topic“ die Wirksamkeit der Statintherapie beim akuten koronaren Syndrom weit über die Beeinflussung des Cholesterinspiegels hinaus diskutiert.

Zunächst präsentierte **David Wood** (London) als Co-Vorsitzender einige Ergebnisse der EUROASPIRE-Studien. Dabei wurden die internationalen Empfehlungen der Risikofaktorkontrolle in Europa über die Jahre nicht erreicht. Nach wie vor sind das Wissen und die entsprechen-

den Maßnahmen klassischer Risikofaktoren („jeder Faktor hat seine eigenen Guidelines“) dürftig.

Im Anschluß wurde der IMPACT Award Winner vorgestellt – **Hans-Richard Arntz** (Berlin). Seine geplante SESAME-Studie (Secondary Events Should be Avoided by Motivation and Education) befaßt sich vor allem mit dieser Problematik. Die interventionelle Gruppe sollte durch intensivierte Information und Training ein besseres Outcome in der Sekundärprävention zeigen (Studiendesign siehe Abbildung 1).

Jocelyn Dupuis (Montreal) berichtete über das zentrale Thema dieses Symposiums, nämlich über die mögliche Beeinflussung des akuten koronaren Syndroms (ACS) durch Statine (Abb. 2). Bekanntlich, entstehen fast 70 % aller ACS aus Stenosen < 50 % (Abb. 3), und die Kaskade wird sehr unterschiedlich schnell durchlaufen (Abb. 4 und 5). Der Grad der Endothelzell dysfunktion (EZD) korreliert dabei sehr gut mit der Anzahl der Risikofaktoren (Abb. 6). Das C-reaktive Protein gilt zum Entlassungszeitpunkt als prognostischer Marker für das

Abbildung 1: SESAME: Studiendesign

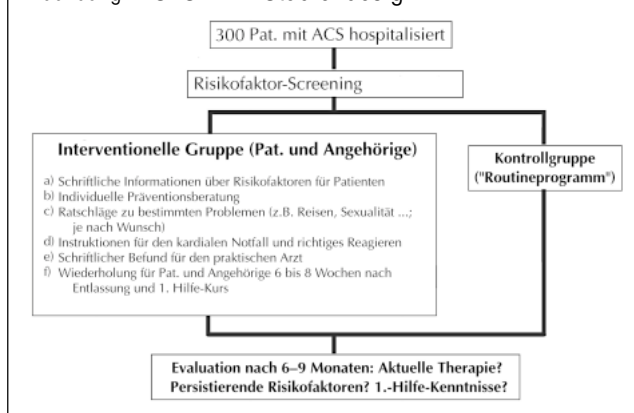
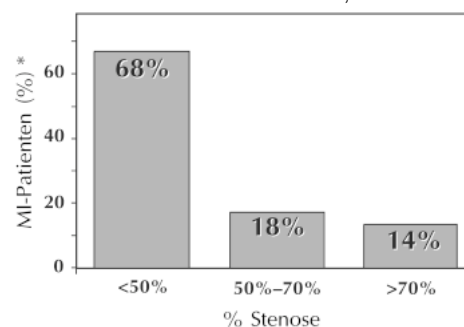


Abbildung 3: Schwere der Stenose und assoziiertes Risiko eines koronaren Gefäßverschlusses und Myokardinfarktes [nach Falk et al. Circulation 1995; 92: 657-71].



* Daten von 4 Untersuchungen an rund 200 Myokardinfarkt-Pat.

Abbildung 2: Wie reduzieren Statine akute Koronarsyndrome? [nach Rosenson et al. JAMA 1998; 279: 1643-50].

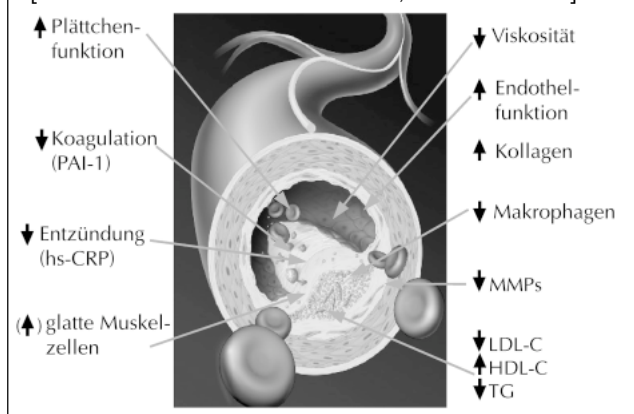
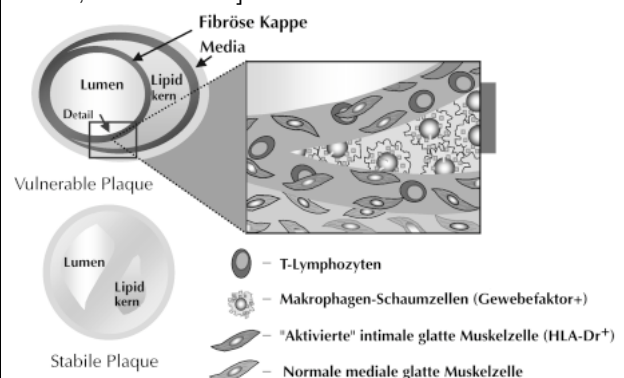


Abbildung 4: Vulnerable Plaque [nach Libby, Circulation 1995; 91: 2844-50]



90-Tage-Outcome. In der RECIFE-Studie konnte eine Beeinflussung der EZD durch Pravachol bewiesen werden. Zusammenfassend wurden die Einflüsse der einzelnen Statine auf die Thrombogenität abgehandelt (Tab. 1).

Peter L. Thompson (Perth, Australien), ein Experte auf dem Gebiet der Früherkennung atherosklerotischer Plaques, wies in seinem Referat auf die Bedeutung der frühzeitigen Intervention beim ACS durch Statine hin. Entsprechende Daten zur Mortalität bei

bereits abgeschlossenen Studien unterstrichen dieses Therapieprinzip (Abb. 7 und Tab. 2). Im Unterschied dazu wurden die drei großen Statin-Trials (4S, CARE, LIPID) bei stabilen Patienten durchgeführt. Entsprechende Studien sollen die Hypothesen bei ACS unterstützen (Tab. 3).

Andrew M. Tonkin (Victoria, Australien) berichtete schließlich über das Prospective Pravastatin Pooling Project, welches die günstigen Effekte von Pravastatin sowohl in Primär- als auch in

Sekundärprävention unterstreichen soll (Tab. 4). Vor allem die günstige Beeinflussung von tödlichem und nichttödlichem Schlaganfall war augenscheinlich.

Als Zusammenfassung referierte der Altmeister der internationalen Kardiologie, **Eugene Braunwald** aus Boston. Nach den Infektionskrankheiten mit 17,3 Millionen jährlichen Toten (Analyse 1997 der WHO) stellen die kardiovaskulären Erkrankungen mit 14,8 Millionen/Jahr die zweithäufigste Todesursache dar. Statine haben

Abbildung 5: Plaque-Entwicklung: endotheliale Dysfunktion [nach Stary HC et al. Circulation 1995; 92: 1355–74]

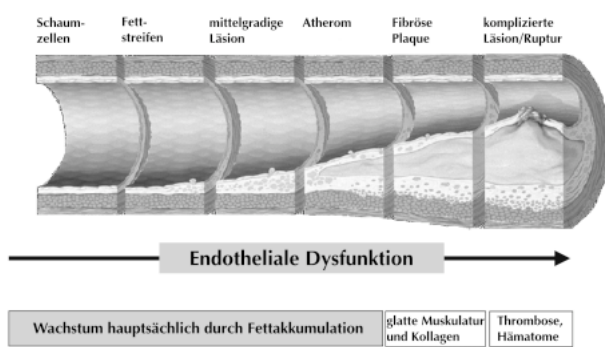


Tabelle 1: Statine und Thromboserisiko [Rosenson et al. JAMA 1998; 279: 1643]

Statin	TF	Plättchen-Aggregation	Fibrinogen	Plasma Viskosität	Fibrinolyse PAI-I	Lp(a)
Lovastatin	NA	↑, -, ↓	↑, -, ↓	↓, -	↑	↓
Pravastatin	-	↓, -	↓, -	↓	↓	↑
Simvastatin	↓	↓, -	-	-	↑	↑
Fluvastatin	↓	NA	NA	NA	↑	-
Atorvastatin	NA	NA	↑	NA	↑	NA
Cerivastatin	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fibrinogenanstieg unter Atorvastatin noch in Diskussion

Abbildung 6: Endotheliale Dysfunktion korreliert mit der Zahl der Risikofaktoren [nach Vita JA. Circulation 1990; 81: 491–7]

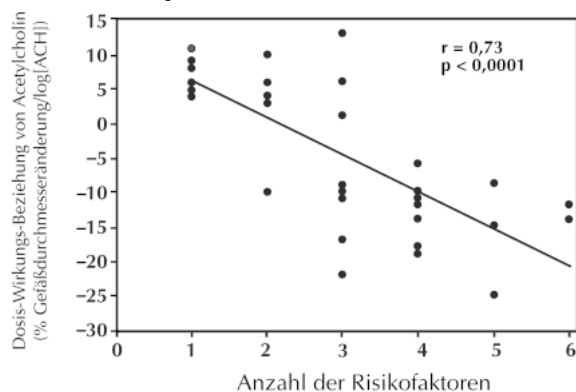


Abbildung 7: Frühe Mortalitätsreduktion bei akutem Koronarsyndrom nach Lipidsenkung [PURSUIT study. Nach Aronow HD et al. JACC 2000; 35: 411A]

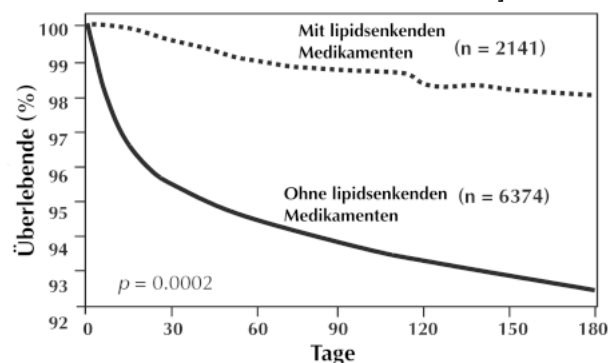


Tabelle 2: Abgeschlossene Studien zum frühen Beginn der Statintherapie nach akuten Koronarsyndromen [Dupuis et al. Circulation 1999; 99: 3227–33]

Studie	Zeit bis Therapiebeginn	Resultate
LAMIL	3 Tage	Pravastatin gut vertragen
PAIS	48 Stunde	Pravastatin gut vertragen
L-CAD	6 Tage (Mittelw.)	Pravastatin verbessert Outcomes, reduziert Progression & erhöht Regression der koronaren Läsionen
PTT	6 Stunden (MI)	Pravastatin verbessert klinische Outcomes
RECIFE*	10 Tage (Mittelw.)	Frühe Pravastatin-Therapie verbessert rasch die Endothelfunktion

* Reduktion von Cholesterin bei Ischämie und Endothelfunktion

Tabelle 4: Gesamtsterblichkeit – Analyse von LIPID, CARE und WOSCOPS [Prospective Pravastatin Pooling Project] [nach Braunwald E 2000]

Patientengruppe	Rel. Risiko-reduktion (%)	Abs. Risiko- (Placebo-gruppe)	Abs. Risiko-reduktion (%)	NNT über 5 Jahre (95 % CI)
Myokardinfarkt (MI)	20 %	10.0 %	2.0 %	50 (30–135)
Instabile Angina (IA)	19 %	9.7 %	1.8 %	54 (35–200)
Kein vorheriger MI oder IA	18 %	3.8 %	0.7 %	146 (90–520)

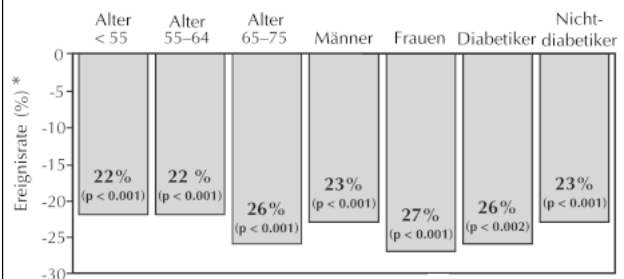
ebenso wie die Thrombolyse, Aspirin, β -Blocker und ACE-Hemmer zum besseren Outcome von entsprechenden Patienten geführt. Bei allen Subgruppen wirken Statine signifikant (Abb. 8), weitere Studien wie PROSPER

(ältere Personen at risk), PRINCE (CRP-Evaluation), PACT (beim ACS) und PROVE IT (Vergleich Pravastatin mit Atorvastatin) sind in Planung bzw. derzeit unter Durchführung.

Tabelle 3: Statin-Studien: Beginn früh nach koronarem Ereignis

Studie	Medikament	Initiation	Dauer
MIRACL	Atorvastatin/Placebo	24–96 Stunden	4 Monate
PACT	Pravastatin/Placebo	< 24 Stunden	1 Monate
A to Z	Tirofiban dann Placebo/Simvastatin	24 Stunden	12 Monate
PRINCESS	Cerivastatin/Placebo	24–96 Stunden	3 Monate
PROVE-IT	Pravastatin/Atorvastatin/Gatifloxacin	1–10 Tage	24 Monate

Abbildung 8: Prospective Pravastatin Pooling Project: Endpunkte in den Subgruppen [nach Sacks et al. Circulation 1999; 100: 1–238]



* KHK, Tod und nichttödlicher MI, PTCA, CABG, Schlaganfall

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernd Eber
II. Interne Abteilung mit Kardiologie
und Intensivstation
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen
Schwestern vom Hl. Kreuz Wels
4600 Wels, Grieskirchnerstr. 41

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