Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Ferrari J

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2014; 15 (1), 46-47

Homepage:

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031117M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

teva

Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch

Scan mich!

KOPF KLAR

AJO-AT-00429

News-Screen Neurologie

J. Ferrari

Use of Clopidogrel With or Without Aspirin in Patients Taking Oral Anticoagulant Therapy and Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: An Open-Label, Randomised, Controlled Trial

Dewilde WJM, et al. Lancet 2013; 381: 1107–15.

Abstract

Background: If percutaneous coronary intervention (PCI) is required in patients taking oral anticoagulants, antiplatelet therapy with aspirin and clopidogrel is indicated, but such triple therapy increases the risk of serious bleeding. We investigated the safety and efficacy of clopidogrel alone compared with clopidogrel plus aspirin.

Methods: We did an open-label, multicentre, randomised, controlled trial in 15 centres in Belgium and the Netherlands. From November, 2008, to November, 2011, adults receiving oral anticoagulants and undergoing PCI were assigned clopidogrel alone (double therapy) or clopidogrel plus aspirin (triple therapy). The primary outcome was any bleeding episode within 1 year of PCI, assessed by intention to treat. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00769938.

Findings: 573 patients were enrolled and 1-year data were available for 279 (98.2 %) patients assigned double therapy and 284 (98.3 %) assigned triple therapy. Mean ages were 70.3 (SD 7.0) years and 69.5 (8.0) years, respectively. Bleeding episodes were seen in 54 (19.4 %) patients receiving double therapy and in 126 (44.4 %) receiving triple therapy (hazard ratio [HR] 0.36, 95-% CI: 0.26–0.50; p < 0.0001). In the double-therapy group, six (2.2 %) patients had multiple bleeding events, compared with 34 (12.0 %) in the triple-therapy group. 11 (3.9 %) patients receiving double therapy required at least one blood transfusion, compared with 27 (9.5 %) patients in the triple-therapy group (odds ratio from Kaplan-Meier curve 0.39, 95-% CI: 0.17–0.84; p = 0.011).

Interpretation: Use of clopiogrel without aspirin was associated with a significant reduction in bleeding complications and no increase in the rate of thrombotic events.

Funding: Antonius Ziekenhuis Foundation, Strect Foundation.

Patienten mit Vorhofflimmern (und weiteren vaskulären Risikofaktoren) benötigen eine Therapie mit einer oralen Antikoagulation zur Vorbeugung eines Schlaganfalls. Bei zusätzlicher Stentimplantation aufgrund eines akuten Konorarsyndroms ist eine plättchenhemmende Therapie additiv notwendig. Bisher wurde von kardiologischer Seite häufig eine Tripletherapie (OAK plus ASS plus Clopidogrel) entweder für einen Monat (unbeschichteter Stent) oder für bis zu einem Jahr (beschichteter Stent) verabreicht. Das Blutungsrisiko mit dieser Therapie ist allerdings erheblich erhöht.

Die hier vorliegende Studie ist eine *open label,* randomisierte kontrollierte Studie, in der untersucht wurde, ob bei Patienten, die eine Therapie mit Warfarin einnehmen und bei denen ein koronarer Stent gesetzt wurde, eine Therapie mit Clopidogrel und ASS zusätzlich zu Warfarin einer Therapie mit Clopidogrel alleine zusätzlich zu Warfarin überlegen ist. 573 Patienten wurden eingeschlossen, 279 erhielten eine Dualtherapie und 284 eine Tripletherapie. Die Patienten waren im Schnitt 70 Jahre alt. Primärer Endpunkt war jegliche Blutungskomplikation nach einem Jahr, sekundärer Endpunkt Tod, *mild cognitive impairment* (MCI), Schlaganfall, Revaskularisierung des Zielgefäßes bzw. Stent-Thrombose. Die Blutungsraten waren 19,4 % in der Dualtherapiegruppe versus 44,4 % in der Tripletherapiegruppe (Hazard Ratio [HR]: 0,36, 95-%-CI: 0,26–0,50; p < 0,0001). Vaskuläre Ereignisse waren nicht erhöht bei der Dualtherapie.

Die Autoren schlussfolgerten, dass eine Dualtherapie mit Clopidogrel und Warfarin bei Patienten mit Vorhofflimmern und Koronarstent gegenüber einer Tripletherapie das Blutungsrisiko signifikant erniedrigt, ohne das Risiko für vaskuläre Ereignisse zu erhöhen.

Relevanz für die Praxis

Seit Einführung der Tripletherapie ist die Rate schwerwiegender intrakranieller Blutungen erhöht. Daher ist diese Studie auch für Neurologen sehr interessant.

Die WOEST-Studie belegt, dass bei Patienten mit Vorhofflimmern und koronarem Stent unter einer Dualtherapie im Vergleich zur Tripletherapie sogar signifikant weniger vaskuläre Ereignisse (Schlaganfall alleine war nicht signifikant) auftraten und die Blutungskomplikationen signifikant weniger waren. Für Patienten mit Karotisstent gibt es zwar aktuell keine Daten, es ist aber anzunehmen, dass sich die Situation hier ähnlich verhält. Um eine Leitlinienänderung durchzuführen, bedarf es allerdings größerer Studien.

♦ ♦ ♦

Tobacco Smoking and Disability Progression in Multiple Sclerosis: United Kingdom Cohort Study

Manouchehrinia A, et al. Brain 2013; 136: 2298–304.

Abstract

Tobacco smoking has been linked to an increased risk of multiple sclerosis. However, to date, results from the few studies on the impact of smoking on the progression of disability are conflicting. The aim of this study was to investigate the effects of smoking on disability progression and disease severity in a cohort of patients with clinically definite multiple sclerosis. We analysed data from 895 patients (270 male, 625 female), mean age 49 years with mean disease duration 17 years. Forty-nine per cent of the patients

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

were regular smokers at the time of disease onset or at diagnosis (ever-smokers). Average disease severity as measured by multiple sclerosis severity score was greater in ever-smokers, by 0.68 (95-% confidence interval: 0.36–1.01). The risk of reaching Expanded Disability Status Scale score milestones of 4 and 6 in ever-smokers compared to never-smokers was 1.34 (95-% confidence interval: 1.12–1.60) and 1.25 (95-% confidence interval: 1.02–1.51) respectively. Current smokers showed 1.64 (95-% confidence interval: 1.33–2.02) and 1.49 (95-% confidence interval: 1.18–1.86) times higher risk of reaching Expanded Disability Status Scale scores 4 and 6 compared with non-smokers. Ex-smokers who stopped smoking either before or after the onset of the disease had a significantly lower risk of reaching Expanded Disability Status Scale scores 4 (hazard ratio: 0.65, confidence interval: 0.50–0.83) and 6 (hazard ratio: 0.69, confidence interval: 0.53–0.90) than current smokers, and there was no significant difference between ex-smokers and non-smokers in terms of time to Expanded Disability Status Scale scores 4 or 6. Our data suggest that regular smoking is associated with more severe disease and faster disability progression. In addition, smoking cessation, whether before or after onset of the disease, is associated with a slower progression of disability.

Aus der Literatur ist bekannt, dass Rauchen zu erhöhtem MS-Risiko führt. Allerdings sind die Auswirkungen des Rauchens auf die Behinderungsprogression widersprüchlich. Die hier vorliegende Kohortenstudie aus Großbritannien untersuchte bei 895 MS-Patienten (625 weiblich) den Effekt des Rauchens auf die Krankheitsprogression bzw. den Schweregrad der Erkrankung. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 17 Jahre. 49 % der Patienten waren regelmäßige Raucher, 8 % hatten vor der Erstmanifestation das Rauchen aufgegeben und 13 % hörten mit dem Rauchen im Mittel 10 Jahre nach der Erstmanifestation auf.

Analysiert wurden einerseits der Multiple Sclerosis Severity Score (MSSS) und andererseits die EDSS-Meilensteine 4 und 6 (4: Einschränkung der Gehstrecke; 6: Notwendigkeit einer Gehhilfe) im Schnitt nach 15 Jahren. Raucher hatten im Mittel einen um 0,68 Punkte höheren MSSS-Wert und das Risiko, die EDSS-Meilensteine zu erreichen, betrug 1,34 (95-%-CI: 1,12–1,60) bzw. 1,25 (95-%-CI: 1,02–1,51). Für aktuelle Raucher waren die Werte sogar noch höher und für Ex-Raucher zeigte sich ein signifikant niedrigeres Risiko, die EDSS-Meilensteine zu erreichen. Die Autoren schlussfolgern, dass regelmäßiges Rauchen bei MS-Patienten zu einem schwereren Krankheitsverlauf und einer rascheren Behinderungsprogression führt.

Relevanz für die Praxis

Die hier vorliegende Kohortenstudie mit einer relativ großen Patientenzahl und einem langen Follow-up zeigt eindeutig, dass Rauchen bei Patienten mit multipler Sklerose (unabhängig von der primären Verlaufsform) zu einem schwereren Krankheitsverlauf und einer rascheren Behinderungsprogression führt. Insgesamt erreichen rauchende Patienten den EDSS-Meilenstein von 4 bzw. 6 Punkten im Mittel 5 Jahre früher als nichtrauchende Patienten. Eine Nikotinkarenz sollte MS-Patienten also dringend empfohlen werden. Zusätzlich interessant ist, dass selbst ein später Rauchstopp die Prognose noch verbessern kann, also eine Raucherentwöhnung jedenfalls in Betracht gezogen werden sollte.

Korrespondenzadresse:
Dr. Julia Ferrari
Abteilung für Neurologie
KH der Barmherzigen Brüder
A-1020 Wien, Johannes-von-Gott-Platz 1
E-Mail: julia.ferrari@bbwien.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

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**