

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Pharma-News

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology 2008; 15
(5-6), 202-204*

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,-

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

Pharma-News

Atherothrombose-Symposium 2008

Die PAVK – ein Update

„Die Prävalenz der PAVK zeigt mit zunehmendem Lebensalter einen steilen Anstieg“, so **Univ.-Prof. Dr. Erich Minar**, Universitätsklinik für Innere Medizin II, Medizinische Universität Wien, „aber in jedem Lebensalter bleiben ca. 75 % der Erkrankungen asymptomatisch.“

Die immer noch verwendete Stadieneinteilung nach Fontaine bestimmt auch die therapeutische Annäherung. Eine absolute Indikation zu revaskularisierenden Maßnahmen besteht nur in den Stadien III und IV, also bei kritischer Extremitätenischämie. „Im Stadium II hängt das therapeutische Vorgehen auch stark von den Bedürfnissen des Patienten ab“, erläutert Minar. In vielen Fällen findet man in diesem Stadium mit einer konservativen Therapie das Auslangen.

Die Rolle von Thrombozytenfunktionshemmern

In den TASC II-Guidelines [Norgren L et al. J Vasc Surg 2007; 45: S5–S67] steht sehr klar: „Alle symptomatischen Patienten mit einer bekannten anderen kardiovaskulären Erkrankung oder ohne bekannte andere kardiovaskuläre Erkrankung sollten eine Langzeittherapie mit einem Thrombozytenfunktionshemmer erhalten, um das Risiko der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität zu reduzieren.“

„Zu Clopidogrel sagt TASC, dass es kardiovaskuläre Ereignisse bei Patienten mit symptomatischer PAVK reduziert, unabhängig davon, ob zusätzlich eine andere kardiovaskuläre Erkrankung vorliegt oder nicht“, betont Minar. „Nur leider sagen uns diese Guidelines nichts über die wichtige Frage der Differentialindikation zwischen Acetylsalicylsäure und Clopidogrel“, bedauert der Angiologe. Und auch zum klinisch häufigen Problem der Unverträglichkeit von ASS oder der ASS-Resistenz nehmen diese Leitlinien nicht Stellung.

Therapieversagen dokumentieren!

Laut österreichischem Erstattungskodex (EKO) wird eine Therapie mit Clopidogrel zur Reduktion atherosklerotischer Ereignisse u. a. dann bewilligt, wenn bei „nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit“ ein „Therapieversagen unter

ASS“ vorliegt. „Wir haben versucht, für die Praxis zu definieren, was das eigentlich bedeutet“, erklärt Minar. „Ein Therapieversagen unter ASS bei PAVK bedeutet eine nachweisbare Progression der PAVK“, stellt Minar klar. Das kann durch eine Verschlechterung des klinischen Stadiums oder des Dopplerindex und/oder durch eine Progression des Stenosegrades bzw. der Verschlusslänge in der Duplexsonographie oder Angiographie dokumentiert werden.

„Das Auftreten eines Rezidivs nach peripherer Katheterintervention kann hingegen – wegen der unterschiedlichen Pathogenese im Vergleich zur nativen Atherosklerose – nicht als Therapieversagen gewertet werden“, schränkt der Angiologe ein.

Patienten profitieren von Clopidogrel

Dass gerade PAVK-Patienten – aus noch nicht restlos geklärten Gründen – besonders stark von einer Thrombozytenfunktionshemmung mit Clopidogrel profitieren, zeigte die CAPRIE-Studie (CAPRIE Steering Committee) [Lancet 1996; 348: 1329–39], in der PAVK-Patienten mit minus 23,8 % bei weitem die höchste relative Risikoreduktion aller Untergruppen aufwiesen, mehr als Schlaganfallpatienten und als Patienten nach Myokardinfarkt. „CAPRIE zeigte weiters, dass Diabetiker von Clopidogrel stärker profitieren als Nichtdiabetiker, vor allem im jeweiligen Vergleich zu ASS“, ergänzt Minar. In den Guidelines der „American Heart Association“ [Circulation 2006; 113: 1474–547] wird Clopidogrel daher in einer Dosis von 75 mg pro Tag als wirksame Alternative zu ASS bei PAVK-Patienten zur Prävention von Myokardinfarkt, Schlaganfall oder vaskulärem Tod empfohlen.

Keinen Sinn bei PAVK hat hingegen die Kombination von ASS und Clopidogrel. „Hier haben wir Daten aus der CHARISMA-Studie [Bhatt et al. N Engl J Med 2006; 354: 1706–17], aber auch aus einer Reihe von anderen Untersuchungen, die uns klar zeigen, dass eine Kombination beider Substanzen nicht die Wirksamkeit, wohl aber das Blutungsrisiko erhöht“, warnt Minar.

PAVK: Prognose verbessern!

Dass Patienten mit PAVK nicht weniger krank sind als etwa solche mit koronarer oder zerebrovaskulärer Erkrankung, zeigen uns heute klare Daten. „In der deutschen getABI-Studie [Diehm C et al. Eur Heart J

2006; 27: 1743–9] war die Mortalität von PAVK-Patienten mit fast 11 % knapp dreimal so hoch wie jene von Patienten ohne PAVK – 4,2 %“, betont Minar. „Es konnte auch ein klarer Zusammenhang zwischen der Mortalität und dem anhand des Dopplerindex dokumentierten Schweregrads der PAVK nachgewiesen werden“, ergänzt Minar.

Und auch das REACH-Register [Bhatt DL et al. JAMA 2006; 294: 180–9 und Steg PG for the REACH Investigators. JAMA 2007; 297: 1197–206], in dem Patienten mit verschiedenen atherosklerotischen Erkrankungen oder Risikofaktoren weltweit erfasst werden, zeigt deutlich: PAVK-Patienten haben eine höhere Mortalität und ein höheres Risiko für eine ganze Reihe von kardiovaskulären klinischen Ereignissen als Patienten nach Myokardinfarkt oder nach Schlaganfall. So beträgt etwa, nach den REACH-Daten, das Risiko, innerhalb eines Jahres zu versterben, für Patienten mit koronarer Herzkrankung 2,89 %, für Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung 3,14 %, für Patienten mit PAVK 3,76 %.

„Für alle Stadien der PAVK gilt: Risikofaktorenmanagement ist wichtig. Im medikamentösen Bereich gehören dazu 2 Maßnahmen: eine Statintherapie und eine Therapie mit einem Thrombozytenfunktionshemmer wie z. B. Clopidogrel“, so Minar abschließend.

Quelle:

Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Erich Minar, Wien, im Rahmen des Symposiums „Atherothrombose 2008“, 02. Februar 2008, Wien.

PROMOTION:



Bristol-Myers Squibb
Bristol-Myers Squibb GmbH
Mag. Sabine Sauerstingl
A-1101 Wien, Columbusgasse 4
E-Mail: sabine.sauerstingl@bms.com



sanofi aventis

Das Wichtigste ist die Gesundheit
sanofi-aventis GmbH, Österreich
Christian Schreiber
A-1220 Wien, Leonard-Bernstein-Straße 10
E-Mail: christian.schreiber@sanofi-aventis.com

Hypotrit i.v. – Urapidil intensiv

Akute krisenhafte Steigerung des systolischen und diastolischen Blutdrucks mit Beeinträchtigung von Organfunktionen erfordert eine umgehende intensivmedizinische Betreuung. Dabei muß der erhöhte Blutdruck so rasch wie möglich, jedoch vorsichtig, gesenkt werden, um Organischämien zu vermeiden.

Maßgeschneidert für die Erfordernisse des Intensiv- und Krankenhausbetriebes steht seit Jänner 2006 ein neues Medikament mit dem Wirkstoff Urapidil – Hypotrit – zur Verfügung.

Hypotrit wird in 3 Darreichungsformen (jeweils 5 mg pro ml) angeboten:

- Hypotrit 25-mg-Ampullen
- Hypotrit 50-mg-Ampullen
- Hypotrit 100-mg-Ampullen



Zur i.v.-Bolusinjektion bietet sich der Einsatz der kleinen Formen an. Zur Dauertropfinfusion oder zur Verwendung im Perfusor stellt die Hypotrit-100-mg-Form ein schon länger nachgefragtes Novum dar, das die Geschwindigkeit und Sicherheit im Handling erhöht. Um dem Sicherheitsaspekt noch weiter Rechnung zu tragen, wurden alle Hypotrit-Ampullen mit doppelten Aufklebern in den Ampelfarben versehen (25 mg = grün, 50 mg = gelb, 100 mg = rot) (Abb. 1). Durch das Ablösen eines Aufklebers kann dieser bei Bedarf beschriftet und weiter verwendet werden (z. B. Anbringen am Perfusor).



Hypotrit (Wirkstoff Urapidil), ein Produkt der EBEWE Pharma.

Abbildung 1: Die Hypotrit-Klebeetiketten

Weitere Informationen zu Hypotrit bei:

Actiopharm GmbH

Lutz Boshamer

Tel. 01/879 16 76-418

E-Mail: lutz.boshamer@actiopharm.com

Atorvastatin (Sortis®) – Hochdosistherapie schützt die Nieren

Eine lipidsenkende Therapie mit Atorvastatin reduziert bei Patienten mit koronärer Herzkrankheit nicht nur das kardiovaskuläre Risiko, sondern verbessert auch dosisabhängig die Nierenfunktion.

Eine fortgeschrittene chronische Nierenerkrankung erhöht das kardiovaskuläre (KV) Risiko drastisch.

Selbst bei nur geringgradiger Niereninsuffizienz ist die Nierenfunktion *per se* ein wichtiger unabhängiger Risikofaktor für KV-Erkrankungen. Daher spielt die Nephroprotektion in der Therapieplanung bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wichtige Rolle und ist ein entscheidendes Kriterium für die Medikamentenwahl.

Dass die Lipidsenkung mit Atorvastatin das KV-Risiko in unterschiedlichen Patientenkollektiven senkt, belegen sowohl Primär- als auch Sekundärpräventionsstudien. Der Effekt ist, wie die TNT- (Treating to New Targets-) Studie [1] zeigt, dosisabhängig. So reduzierte eine Therapie mit Atorvastatin 80 mg/Tag (LDL-Zielwert < 75 mg/dl) die KV-Ereignisrate signifikant deutlicher als eine Therapie mit Atorvastatin 10 mg/Tag (LDL-Zielwert < 100 mg/dl). Dieses Wissen hat mittlerweile Eingang in Leitlinien gefunden.

Auch im aktuellen Konsensus von 8 österreichischen Fachgesellschaften wurde für „Patienten mit sehr hohem Risiko“ ein LDL-Cholesterin-Zielwert < 70 mg/dl definiert.

Dosisabhängige nephroprotektive Wirkung

Aber nicht nur der Effekt auf das KV-Risiko lässt sich durch eine Dosiserhöhung von Atorvastatin verbessern. Ähnliches dürfte für die nephroprotektive Wirkung gelten. Darauf weist eine Post-hoc-Analyse der TNT-Studie [2] hin, für die die Daten jener 9656 Studienteilnehmer ausgewertet wurden, bei denen die Entwicklung der Nierenfunktion anhand der Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) zu Therapiebeginn und zu Therapieende verfolgt werden konnte.

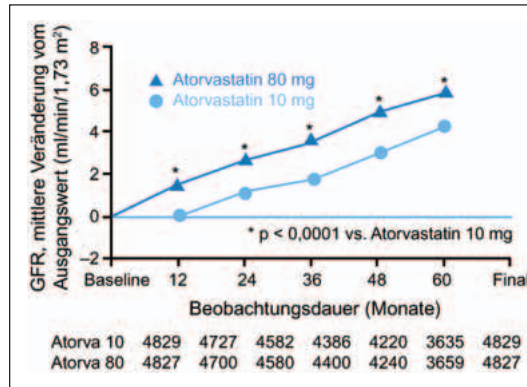


Abbildung 1: Glomeruläre Filtrationsrate unter Therapie mit Atorvastatin in unterschiedlicher Dosierung in der TNT-Studie. Mod. nach [2].

Zur Abschätzung der GFR wurde die MDRD- (Modification of Diet in Renal Disease-) Gleichung herangezogen, basierend auf der Bestimmung des Serumkreatinins. Die Abschlussmessung erfolgte median nach 59,9 Monaten.

Die Patienten, alle mit stabiler koronärer Herzkrankheit (KHK) und einem LDL-Cholesterin < 130 mg/dl, waren über 5 Jahre randomisiert entweder mit Atorvastatin 10 oder 80 mg/Tag behandelt worden. Die GFR lag zu Studienbeginn in der 10-mg-Gruppe bei 65,6 ml/min/1,73 m², in der 80-mg-Gruppe bei 65,0 ml/min/1,73 m². Bei der Abschlussbestimmung zeigte sich unter 10 mg Atorvastatin ein GFR-Anstieg um 3,5 ml/min/1,73 m². In der 80-mg-Gruppe war dieser Anstieg mit 5,2 ml/min/1,73 m² signifikant deutlicher ($p < 0,0001$) (Abb. 1). Zu dieser Verbesserung kam es sowohl bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz als auch bei jenen mit normaler GFR. Darüber hinaus verbesserte sich die GFR im Hochdosisarm bei einem signifikant größeren Teil der Patienten auf > 60 ml/min/1,73 m² und verschlechterte sich bei signifikant weniger Patienten auf < 60 ml/min/1,73 m² als unter 10 mg Atorvastatin.

Nach 5 Jahren verbesserte Nierenfunktion

Ohne Therapie wäre in diesem 5-Jahres-Zeitraum alleine altersbedingt ein Verlust an glomerulärer Filtration im Ausmaß von 6,7 ml/min/1,73 m² zu erwarten gewesen. Vor diesem Hintergrund zeigt sich die klinische Relevanz einer Steigerung der GFR um 5,2 ml/min/1,73 m² unter Atorvastatin 80 mg. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zum Outcome verschiedener anderer Herz-

Kreislauf-Studien, in denen sich die Nierenfunktion verschlechterte.

Ähnliche positive Ergebnisse brachte eine Post-hoc-Analyse der SPARCL-Studie [3] an Patienten nach Insult oder transientschämischer Attacke. Auch in diesem Kollektiv verbesserte Atorvastatin 80 mg die GFR bei Patienten mit oder ohne metabolischem Syndrom signifikant und verringerte den GFR-Abfall bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Die Studienergebnisse machen deutlich, dass eine Therapie mit Atorvastatin für Patienten mit Niereninsuffizienz nicht nur sicher ist, sondern darüber hinaus einen Nierenschutzeffekt hat.

Literatur:

1. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, Gotto AM, Greten H, Kastelein JJ, Shepherd J, Wenger NK; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *NEJM* 2005; 352: 1425–5.
2. Shepherd J, Kastelein JJ, Bittner V, Deedwania P, Breazna A, Dobson S, Wilson DJ, Zuckerman A, Wenger NK; Treating to New Targets Investigators. Effect of intensive lipid lowering with atorvastatin on renal function in patients with coronary heart disease: the Treating to New Targets (TNT) study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 1131–9.
3. Campese V et al., presented at The American Heart Association Scientific Sessions 2007 FL; November 12, 2007; Abstract 2173.

Quelle:

Nachdruck mit Genehmigung aus: Diabetes Forum 1/08, S. 50.

Weitere Informationen:



Pfizer Corporation Austria GesmbH
Mag. Andrea Schuecker
A-1210 Wien, Floridsdorfer Hauptstraße 1
Tel. 01/521 15-428
www.pfizer.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](#)