

Fall des Monats:

Langzeitbehandlung kann lebensbedrohliche Ereignisse verhindern

Immer noch stehen kardiovaskuläre Erkrankungen an erster Stelle der Todesursachen in Deutschland. Die ischämischen Ereignisse werden heute unter dem Begriff akutes Koronarsyndrom zusammengefasst, wobei dies nicht gleich einen transmuralen Infarkt bedeuten muss. Bei drei Viertel der Patienten mit akuten Herzbeschwerden weist das EKG keine typische ST-Hebung auf. Es liegt ein Non-Q-Wave-Infarkt oder eine instabile Angina pectoris vor.

Pathogenetisch liegt dem akuten Koronarsyndrom die Bildung atherosklerotischer Plaques zugrunde. Die zunächst stabilen Plaques an der Gefäßwand werden vulnerabel, es kommt zur Ruptur und Bildung eines intravasalen Thrombus. Akute Ischämie ist die Folge.

Auf diesen Thrombus fokussiert sich folglich auch die Therapie des akuten

Koronarsyndroms. Die Gerinnungshemmer ASS und Heparin werden schon seit Jahren eingesetzt und gelten als Standardtherapie bei Patienten ohne ST-Hebung im EKG, also bei Non-Q-Wave-Infarkt oder instabiler Angina pectoris. Doch trotz dieser Behandlung erleidet ein Fünftel im weiteren Verlauf – meist innerhalb des ersten Jahres – einen tödlichen oder nicht tödlichen transmuralen Myokardinfarkt.

Risikoreduktion durch Clopidogrel

Dass dieses Risiko deutlich verringert werden kann, hat die CURE-Studie (Clopidogrel in Unstable Angina to prevent Recurrent Events) eindrucksvoll gezeigt:

Der spezifische ADP-Rezeptor-Antagonist Clopidogrel (Iscover®) hemmt die Thrombozytenfunktion und verhindert deren weitere Aggregation. Durch eine initiale Einmaldosis von 300 mg Clopidogrel und die anschließende Gabe von 75 mg/d

325mg/d) wurde in der Studie das relative Risiko für ein erneutes ischämisches Ereignis wie kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall gegenüber der herkömmlichen Therapie mit ASS um 20% reduziert – den Myokardinfarkt alleine betrachtet sogar um 23 Prozent.

mf

Wellness-Wochenende zu gewinnen

Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, nach einem Non-Q-Wave-Infarkt einen transmuralen Myokardinfarkt zu erleiden?

Bei Beantwortung der Frage gibt es ein Wellness-Wochenende zu zweit in einem Erholungsort in Ihrer Nähe zu gewinnen. Der Einsendeschluss ist der 25.07.02. Lösungen bitte an WPV-GmbH. Stichwort: Fall des Monats, Riehler Str. 36, 50668 Köln oder per Fax: 0221/7764100.

Über die Realität im Einsatz von Clopidogrel (Iscover®) in der kardiologischen Praxis sprach der „niedergelassene Arzt“ mit Herrn Prof. Dr. med. Sigmund Silber. Professor Silber ist niedergelassener Kardiologe in München.

Herr Professor Silber, die Studienlage zur Gabe von Clopidogrel bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom ist seit CURE eindeutig. Wie sieht die Realität in Bezug auf die Langzeittherapie (9-12 Monate) in Ihrer Praxis aus?

Leider besteht hier – wie so oft bei uns Vertragsärzten – eine große Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Aufgrund der Datenlage der CURE-Studie, die auch in allen Untergruppen einen Vorteil für die Kombination von ASS mit Clopidogrel gezeigt hat, sollte nach akutem Koronarsyndrom das Clopidogrel für ca. neun Monate verschrieben werden. Da ein Großteil der Patienten mit akutem Koronarsyndrom einen Stent erhält, wird dies leider mit der Dauer der Clopidogreinnahme nach Stentimplantation verwechselt und dann oft nach ca. vier Wochen abgesetzt.

Die soeben erschienene Aktualisierung der Richtlinien für Patienten nach akutem Koronarsyndrom in den USA (American Heart Association und American College of Cardiology) hat die Gabe von Clopidogrel für neun Monate nach aku-

tem Koronarsyndrom als „Klasse-1-Empfehlung“ ergänzt. In Deutschland sind diese Richtlinien noch nicht offiziell gültig. Mit einer entsprechenden Anpassung der Europäischen Richtlinien ist zum Europäischen Kardiologenkongress in Berlin, also im September dieses Jahres, zu rechnen.

Gibt es Fälle, in denen Sie auch noch über diesen Zeitraum hinaus Clopidogrel (Iscover®) verschreiben?

Ja, zum Beispiel bei Patienten nach koronarer Bypassoperation. Die Analyse der CAPRIE-Studie zeigte, dass Patienten nach Bypassoperation durchaus von einer Langzeitgabe von Clopidogrel profitieren. Dies ist auch pathophysiologisch erklärbar. Ein Sonderfall stellen die Patienten nach intrakoronarer Strahlentherapie (Brachytherapie) dar, diese benötigen eine Clopidogrel-Gabe von mindestens einem Jahr.

Teil Ihrer Praxis ist auch ein Katheterlabor. Welche Medikation erhalten Ihre Patienten nach Stentimplantation? Sehen Sie in diesen Fällen die Notwendigkeit für einen ADP-Rezeptor-Antagonisten?

Die Clopidogrel-Gabe nach Stentimplantation ist absolut unstrittig. Die alleinige Gabe von ASS erhöht das Risiko einer subakuten Stentthrombo-



Professor Silber, niedergelassener Kardiologe, München

se und birgt somit die Gefahr eines akuten Myokardinfarktes und sogar des Herztodes in sich. Aus mir unverständlichen Gründen ist das Clopidogrel für diese Indikation bislang noch nicht zugelassen. Somit ist die Gabe von Clopidogrel nach Stentimplantation ein „off label use“. Nach meinem aktuellen Kenntnisstand müssen die gesetzlichen Krankenkassen jedoch das Medikament erstatten, wenn es keine Alternative gibt und es sich um eine potenziell lebensbedrohliche Komplikation handelt. Dies ist eindeutig nach Stentimplantation gegeben, so dass die Kassenärzte in diesen Fällen nicht mit einem Regress rechnen müssen.

Herr Professor Silber, wir danken Ihnen ganz herzlich für dieses Interview.