

## Interview mit Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Kardiologe in München

# Längere Clopidogrelgabe schützt KHK-Patienten nach PTCA/Stent

**?** Herr Prof. Silber, was ist das besondere an der CREDO-Studie?

**Silber:** Die CREDO-Studie untersucht als erste Studie gezielt die antiaggregatorische Kombinationstherapie im Rahmen von Koronarinterventionen. Sie brachte dabei zwei wichtige und unterschiedliche Botschaften: eine für Kardiologen, die Koronarinterventionen durchführen, und eine für Hausärzte. Die erste Frage galt der Vorbehandlung mit Clopidogrel. Hier hat sich gezeigt, dass Patienten, die mindestens sechs Stunden vor dem Eingriff eine so genannte Loading-Dose von 300 mg Clopidogrel erhalten haben, weniger Akutkomplikationen hatten als solche, die erst kurz vor dem Eingriff behandelt wurden.

**?** Hat das schon praktische Konsequenzen?

**Silber:** Ja, man sollte jetzt grundsätzlich die Startdosis von 300 mg Clopidogrel mindestens sechs Stunden vor dem Eingriff geben. Das zweite Ergebnis betrifft die Nachbehandlung über die heute üblichen vier Wochen hinaus. Hier geht es nicht mehr um die Verhinderung von Stentthrombosen, weil am Eingriffsort nach Monaten längst eine stabile Narbensituation vorliegt. Mit der Nachbehandlung wollen wir vielmehr Komplikationen an den anderen atherothrombotischen Läsionen im Gefäßsystem verhindern.

**?** Was brachte die Langzeitbehandlung?

**Silber:** Es konnte erfreulicherweise gezeigt werden, dass die längere Gabe von Clopidogrel zusätzlich zu ASS über ein Jahr das „absolute“ Risiko schwerer Komplikationen um 3 % reduzieren kann. Das heißt, man muss 33 Patienten behandeln, um einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder Tod zu verhindern. Das ist im Vergleich zu anderen Thera-

pieformen eine relativ niedrige „Number Needed to Treat“.

**?** Die wichtigste Botschaft für den nachbehandelnden Arzt?

**Silber:** Zur Verhinderung weiterer koronarer und zerebraler Komplikationen sollten Patienten nach einem koronaren Eingriff mindestens ein Jahr lang Clopidogrel erhalten. Dies gilt vor allem für Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die eine PTCA hatten. Ein Jahr deshalb, weil die Studie genau ein Jahr lang lief, und wir nur für diesen Zeitraum Evidenz haben. Da aber die Ereigniskurven mit der Zeit weiter auseinander gingen und die Grundkrankheit der koronaren Atherothrombose weiter besteht, sollte es eigentlich keinen Grund geben, es nicht lebenslang zu geben. Beim ASS fragt ja auch niemand: Wie lange? Das zeigt: Wir diskutieren hier über Kosten, nicht über Wirkung.

**?** Was muss der nachbehandelnde Arzt in der Langzeittherapie beachten?

**Silber:** Es bedarf keiner speziellen Kontrolluntersuchungen wegen der Blutgerinnung. Wenn chirurgische Eingriffe anstehen, sollte der Arzt aber die Behandlung zehn Tage vorher unterbrechen. Dazu gehört z.B. auch eine Koloskopie, weil man unter der Kombinationstherapie z.B. keinen Polypen abtragen sollte. Aber nicht vergessen: danach die Kombinationstherapie wieder ansetzen!

**?** Zurück zu den Kosten: Kann man, unabhängig von einer PTCA, besondere Hochrisikogruppen beschreiben?

**Silber:** Ja. Mit den einschlägigen Modellen wie z. B. der Framingham- oder der PROCAM-Datenbank können wir Hochrisikopatienten herausfinden, die ein Infarktisiko von mindestens 2 % pro Jahr haben.

Prof. Dr. med. Sigmund Silber, niedergelassener Kardiologe, München



Foto: Archiv

**?** Kann da auch eine CRP-Bestimmung weiterhelfen?

**Silber:** Das CRP ist eine wichtige Komponente, aber man kann an diesem Wert alleine keine Hochrisikopatienten identifizieren. Patienten mit manifester KHK sind grundsätzlich Hochrisikopatienten. Ich glaube nicht, dass wir hier auf das Clopidogrel verzichten können, nur weil ein niedriger CRP-Wert vorliegt. Außerdem ist ein erhöhtes CRP unspezifisch für ein erhöhtes koronares Risiko.

**?** Die Kombination ASS plus Clopidogrel ist bisher nur bestimmten Indikationen vorbehalten. Wie wird die antithrombotische Therapie Ihrer Meinung nach in fünf Jahren aussehen: Werden alle KHK-Patienten ASS und Clopidogrel erhalten?

**Silber:** Die Daten gehen in diese Richtung und dafür spricht auch die Pathophysiologie. Zielorgan der antithrombotischen Therapie ist doch nicht die aktuelle Gefäßläsion, sondern das allgemeine Gefäßleiden. Wir müssen aber erst noch die Daten der laufenden Studien, v. a. CHARISMA, abwarten.

### IMPRESSUM

Kongress Report Nr. 454 in Cardiovasc 1/2003

Berichterstattung: Dr. Peter Stiefelwagen

Interview: Dr. Dirk Einecke

Redaktion: Dr. Carin Szostecki

Layout/Herstellung: Steffi Zehender

Leitung Medical Communication:

Ulrich Huber (verantwortlich)

Auflage: 30 000

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG, Höchberg

© Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG München, Februar 2003