

## Langzeittherapie beim akuten Koronarsyndrom

## Noch immer erheblicher Aufklärungsbedarf

Laut einer aktuellen Marktforschungsstudie der Bristol-Myers Squibb GmbH, München, sind die Daten der CURE<sup>1</sup>- und PCI-CURE<sup>2</sup>-Studie in der Ärzteschaft wohl bekannt. Immerhin konnten bereits kurz nach der Vorstellung der Studienergebnisse über 50% der befragten Mediziner ohne weitere Angaben zu beiden Untersuchungen einige der Hauptaussagen zusammenfassen. Und das quer durch die befragten Berufsgruppen, wie Kardiologen und Neurologen aus Klinik und Praxis, Internisten und Allgemeinärzte, so Cirsten Lühr-Giernalczyk, München.

## Ein Fall aus der Praxis

Prof. S. Silber, München, präsentierte einen aktuellen Fall aus seiner kardiologischen Praxis: Bis vor fünf Wochen war der 63-jährige Patient vollständig beschwerdefrei. Dann klagte er bei stärkerer körperlicher Belastung über retrosternale Schmerzen, die er jedoch nicht ernst nahm – Magenprobleme, das war seine Vermutung. Zwei Tage nach erneuten heftigen retrosternalen Schmerzen beim Autofahren stellte sich der Patient bei seinem Hausarzt vor.

Bereits bekannt waren zusätzliche kardiale Risikofaktoren: eine arterielle Hypertonie sowie eine Hyperlipidämie. Die Familienanamnese war ebenfalls positiv. Zudem war der Patient bis vor etwa 30 Jahren ein starker Raucher (30 Zigaretten pro Tag). Das beim Hausarzt durchgeführte Ruhe-EKG war unauffällig, die Troponin-Werte waren nicht erhöht. Aufgrund der ausgesprochen typischen klinischen Beschwerden überwies der Hausarzt den Patienten direkt an den Kardiologen.

Zunächst wurde der Patient medikamentös therapiert (ASS, Nitro). Im weiteren Verlauf zeigte sich weder eine EKG-Veränderung noch ein Enzymanstieg. Kurz darauf erlitt der

Patient einen weiteren nächtlichen Angina-pectoris-Anfall, worauf er in das Katheterlabor überstellt wurde.

In der Angiographie (Abb.) war eine hochgradige LAD-Stenose zu sehen. Damit war ein Stent eindeutig indiziert. Dieser konnte aber nur nach einer Ballondilatation eingeführt werden. „Das ist ein typischer Fall für Clopidogrel“, konstatierte Silber. Er verschrieb die Substanz über neun Monate.

## Was ist die Realität?

Zwar war die Verbesserung der Ereignisraten unter Clopidogrel (Iscover®) laut den Daten der Marktforschungsstudie immerhin 70% der interviewten Mediziner bekannt. Dass die zusätzliche Gabe der Substanz auf dem Boden der Standardtherapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) das Risiko atherothrombotischer Ereignisse noch stärker reduziert, gaben immerhin noch 18% der Interviewten an.

Doch dass eine Dauertherapie mit dem Thrombozytenaggregationshemmer durchaus Sinn macht, daran erinnerten sich spontan nur 9% der Befragten. Mit einer Quote von nur 3% schnitt der Nutzen der Akuttherapie sogar noch schlechter ab. „Trotz gesicherter Studienlage bei Patienten mit eindeutiger Indikation wird Clopidogrel nach wie vor viel zu kurz eingesetzt,“ bewertete Silber die Ergebnisse aus der täglichen Praxis.

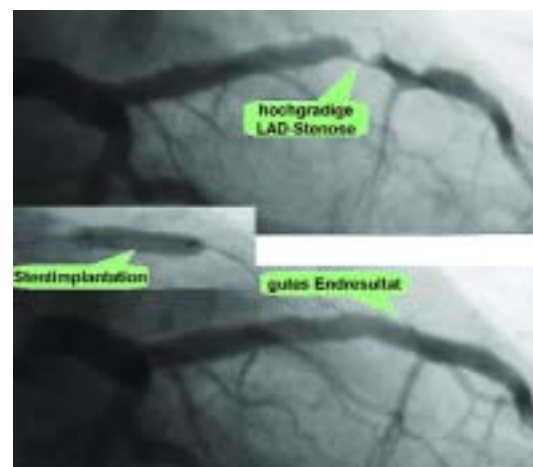


Bild: Prof. Dr. S. Silber, München

Insbesondere Hochrisikopatienten profitieren von einer Dauertherapie mit der Substanz. „Man sollte solche Patienten ein Jahr lang mit ASS plus Clopidogrel behandeln und sie dann auf eine alleinige Clopidogrel-Therapie einstellen“, empfahl Prof. H.-J. Rupprecht, Mainz. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entscheidungen sei dies – trotz der überzeugenden Studienlage – aber schwer durchzusetzen, prognostizierte Silber. „Ich wäre schon froh, wenn in der Praxis die Studienergebnisse besser umgesetzt würden“, so der Kardiologe. sts

Quelle: Pressekonferenz „Langzeittherapie mit Clopidogrel: Wunsch oder Wirklichkeit in der kardiologischen Praxis“, veranstaltet von der Bristol-Myers Squibb GmbH, München.

## CURE und PCI-CURE in Kürze

- Insgesamt nahmen 12 562 Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom an der Untersuchung teil. In der PCI-CURE-Substudie wurden 2 658 Patienten mit einer perkutanen Koronarintervention gesondert ausgewertet.
- Basistherapie war ASS (75–325 mg täglich). Zusätzlich erhielten die Patienten im Mittel über neun Monate Clopidogrel (zuerst eine Aufsättigungsdosis von 300 mg, anschließend 75 mg täglich) bzw. Placebo.
- Die zusätzliche Gabe von Clopidogrel reduzierte die Rate kardiovaskulärer Todesfälle, Herzinfarkte und Schlaganfälle um 20% (primärer Endpunkt).
- Patienten, die zusätzlich einer Ballondilatation und eventuell einer Stentimplantation zugeführt wurden, profitierten sogar noch deutlicher. Hier betrug die relative Risikoreduktion des primären Endpunkts unter der Langzeit-Kombinationstherapie sogar 31%.
- Alle Subgruppen profitierten von der Clopidogrel-Therapie.

<sup>1</sup> Clopidogrel in unstable angina to prevent recurrent events

<sup>2</sup> CURE-Substudie mit interventionell vorbehandelten Patienten