

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

Längere Clopidogrelgabe schützt KHK-Patienten nach PTCA

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

Silber: Die Credo-Studie untersucht als erste Studie gezielt die antithrombotische Therapie 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 sog. Loadingdosis von 300 mg Clopidogrel erhalten haben, weniger Akutkomplikationen hatten als solche, die erst später behandelt wurden.

? Hat das schon praktische Konsequenzen?

Silber: Ja, man sollte jetzt grundsätzlich die Startdosis von 300 mg Clopidogrel mindestens 6 Stunden vor dem Eingriff geben. Das zweite Ergebnis betrifft die Nachbehandlung über vier Wochen hinaus. Hier geht es nicht mehr um die Verhinderung von Stentthrombosen, weil am Eingriffsort längst eine stabile Narbensituation vorliegt. Mit der Nachbehandlung wollen wir vielmehr Plaquethrombosen an den anderen atherothrombotischen Läsionen im Koronarbaum verhindern.

? Was brachte die Langzeitbehandlung?

Silber: Es konnte erfreulicherweise gezeigt werden, dass die längere Gabe von Clopidogrel über ein Jahr das absolute Risiko für schwere 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 Therapie eine relativ niedrige "Number Needed to Treat".

? Die wichtigste Botschaft für den nachbehandelnden Arzt?

Silber: Zur Verhinderung weiterer koronarer Komplikationen sollten Patienten nach einem koronaren Eingriff mindestens ein Jahr lang Clopidogrel erhalten. Dies gilt sowohl für Patienten mit akutem Koronarsyndrom als auch – und das ist neu – für solche mit stabiler Angina pectoris, die eine elektive 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.

? Zurück zu den Kosten: Kann man, besondere Hochrisikogruppen beschreiben, bei denen die Kosten-Nutzen-Bilanz besonders positiv ausfällt?

Silber: Natürlich. Mit den einschlägigen Modellen wie z.B. der Framingham- oder der PROCAM-Datenbank können wir Hochrisikopatienten herausfinden, die ein Infarkt-Risiko von mindestens 2% im Jahr haben.

? Das sind aber Patienten in Primärprävention ohne manifeste KHK.

Wie sieht es bei Patienten mit KHK, die schon eine PTCA hinter sich hatten in der CREDO-Studie aus. Kann da eine CRP-Bestimmung weiterhelfen?

Silber: Das CRP ist sehr interessant, 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.

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

(Foto: xxxxxxxxx)

? 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.

? Was muß der nachbehandelnde Arzt in der Langzeittherapie beachten?

Silber: Er muß keine speziellen Kontrolluntersuchungen wegen des Blutungsrisikos durchführen, sollte aber die Behandlung unterbrechen, wenn Eingriffe wie z.B. eine Koloskopie anstehen, weil man unter der Kombination z.B. keinen Polypen abtragen darf. Man sollte die Therapie 8-10 Tage vor dem Eingriff absetzen.

IMPRESSUM

Kongress Report Nr. 454 in Cardiovasc 1/2003

Berichterstattung: xxxxxx

Redaktion: xxxxxxxx

Layout/Herstellung: Steffi Zehender

Leitung Medical Communication:
Ulrich Huber (verantwortlich)

Auflage: xx000

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

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

XXXXXXXXXXXX