

## Kardiologentagung in Mannheim

# Coxibe nicht vorenthalten, sondern sichere Auswahl treffen

Nach dem Marktrückzug von Rofecoxib (Vioxx®) wegen erhöhter kardiovaskulärer Risiken melden sich etliche Experten zu Wort, die sich gegen eine generelle Verurteilung der Substanzen aussprechen. Anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Kardiologengesellschaft in Mannheim vertraten sie die Auffassung, dass der sorgfältige Ausschluss von Risikopatienten entscheidend sei – was aber auch für herkömmliche nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) gelte.

«Wir können der Bevölkerung die Coxibe nicht vorenthalten», sagte Professor Kai Brune, Direktor des Instituts für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen, während einer Diskussionsveranstaltung in Mannheim. Es gehe jetzt darum, das Kind nicht mit dem Bad auszuschütten.

«Wir müssen Risikogruppen herausfiltern, dann ist eine sichere Anwendung dieser Substanzen möglich.»

Dass bei Risikopatienten für kardiovaskuläre Erkrankungen Coxibe, insbesondere bei Langzeittherapie, nicht zu vertreten seien, darin waren sich alle Experten einig. Brune gab zugleich zu bedenken, dass dies nicht nur für Coxibe, sondern für alle NSAR gelte: Die vermeintlich sicheren älteren Schmerzmittel seien nie in dem Masse auf ihre Unbedenklichkeit geprüft worden wie jetzt die Coxibe. Man wisse also nicht, wie viele Herzinfarkte oder Schlaganfälle möglicherweise auf die langfristige Einnahme der NSAR zurückzuführen seien.

Wichtig sei es für die Zukunft, so die Experten in Mannheim, Ärzten einfach zu handhabende Instrumente an die Hand zu

geben, mit denen die Risikopatienten verlässlich erkannt werden können. Dafür kommen unterschiedliche Teststrategien in Frage.

Dr. Evangelos Giannitsis von der Universitätsklinik Heidelberg plädierte dafür, für die Risikostratifizierung ein spezielles Hormon als Marker zu verwenden. «NT-proBNP hat sich als Marker für Ventrikelfunktionsstörungen, aber auch für ischämiebedingte Auswirkungen bewährt. Er käme sowohl für die Selektion von Risikopatienten als auch für die Begleitung von Coxib-Therapien in Frage, auch um den Behandlungsverlauf zu kontrollieren.» Allerdings müssten diese und andere Stratifizierungstests zunächst in weiteren Studien geprüft werden. ●

U.B.

## Women's Health Study

# Aspirin wirkt bei Frauen anders

Die simple Übertragung von bei Männern erhobenen Daten auf Frauen hat ihre Tücken, wie eine am 31. März im «New England Journal of Medicine» publizierte Auswertung der Women's Health Study neuerlich dokumentiert (Paul M. Ridker et al., NEJM 2005; 352: 1293–1304).

Die Analyse der Daten von knapp 40 000 ursprünglich gesunden Frauen ab 45 Jahren, die an alternierenden Tagen entweder 100 mg Acetylsalicylsäure oder Plazebo einnahmen, ergab nach zehn Jahren eine nichtsignifikante 9-prozentige Reduktion der schweren kardiovaskulären Ereignisse in der Aspirin-Gruppe. Signifikant war hingegen die 17-prozentige Reduktion des Hirnschlagrisikos im Vergleich zu Plazebo, bedingt durch eine signifikante 24-prozentige Senkung des Risikos für ischämische Ereignisse und eine nichtsig-

nifikante leichte Steigerung des Risikos für Hirnblutungen unter Aspirin. Aspirin hatte bei den untersuchten Frauen keinen signifikanten Einfluss auf tödliche und nichttödliche Herzinfarkte oder auf die kardiovaskuläre Mortalität insgesamt. Subgruppenanalysen zeigen jedoch, dass Frauen über 65 Jahre unter Aspirin signifikant niedrigere Risiken für schwere kardiovaskuläre Ereignisse, Hirnschlag und Herzinfarkt hatten.

Vergleicht man diese Resultate mit denjenigen der Physician's Health Study, einer fast zwei Dekaden zuvor durchgeführten Primärpräventionsstudie mit Aspirin ausschliesslich bei Männern, überraschen die entgegengesetzten Auswirkungen, denn dort hatte Aspirin bei gesunden Männern ab 50 Jahren das Herzinfarktrisiko beinahe halbiert, aber keinen Einfluss auf das

Hirnschlagrisiko und die kardiovaskuläre Mortalität gehabt.

Was die Differenzen zwischen Frauen und Männern bedingt, bleibt noch Spekulation. Die biologischen Unterschiede reichen von kleineren Koronararterien und anderer Karotisanatomie bis zu unterschiedlicher Verteilung atherosklerotischer Plaques und verschiedener vaskulärer und kardialer Reaktivität bei Frauen, die teilweise, aber nicht ausschliesslich, etwas mit dem hormonellen Milieu zu tun haben dürften. Die Botschaft für die Primärprävention lautet: Zurückhaltung mit Low-dose-Aspirin zur kardialen Prävention bei Frauen unter 65 Jahren ausser bei sehr hohem Risiko und individuelles Vorgehen bei erhöhtem Hirnschlagrisiko. ●

H.B.