

Abgesang der alten Antikoagulanzen

Interview mit Prof. Dr. Bernhard Meier, Bern

Durchaus kontrovers diskutiert werden einige der Themen des ESC-Kongresses, die Prof. Dr. Bernhard Meier, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital Bern, im Gespräch anspricht: vom «zu frühen» Einsatz der Statine beim akuten Koronarsyndrom über «überflüssige, aber nach wie vor empfohlene» Gerinnungshemmer bis hin zur «Fehlentwicklung» der absorbierbaren Stents.

CongressSelection: Herr Prof. Meier, welche Kongress Themen waren für Sie von besonderer Bedeutung?

Prof. Dr. Bernhard Meier: Fangen wir bei den Statinen an und der Frage, ob man bei einem akuten Koronarsyndrom vorneweg ein Statin verabreichen soll. In der Literatur wird das zwar so empfohlen, ich sehe das allerdings anders – bei diesem akuten Krankheitsbild gibt es Wichtiges zu erledigen. Nach einem Infarkt sollte man hingegen Statine möglichst frühzeitig geben, falls der Patient noch keines einnimmt, wobei hoch dosierte besser wirken als niedrig dosierte.



Bernhard Meier

Was sagen die Daten zum Einsatz von Statinen gegen Demenz?

Ich bin überzeugt davon, Statine eigentlich allen nützen können, provokativ gesagt: Statine sollte man schon mit der Babyflasche geben. Dann könnten Menschen deutlich älter und unter anderem aufgrund der geringeren Demenzrate auch bei besserer Gesundheit älter werden.

Statine verlangsamen die Gefässalterung, was die mentale Leistung erhält und weniger Leute an Gefässerkrankungen sterben lässt. Im Prinzip sollte man sich das gesellschaftlich leisten und Statine dem Trinkwasser begeben – das würde auch geschehen, wenn es sich um Vitamine handelte. Aber man darf hoffen: Kürzlich konnte ein pflanzliches Statin nachgewiesen werden; wenn die Firma den Zulassungsprozess gut durchläuft und die Anerkennung als pflanzliches Substrat erhält, dann käme eine breite Primärprävention womöglich zum Fliegen.

Und wie sieht es mit der Sekundärprävention aus?

Statine zeigen hier eine besonders positive Wirkung. Die Gefässe bleiben besser offen, weniger Gehirnzellen sterben ab –, nur ist es eben extrem schwierig, das zu unter-

suchen. Man müsste Studien 10 bis 20 Jahre laufen lassen, was keine Firma macht. Insgesamt sind Statine über jeden Zweifel erhaben, sie werden kaum durch etwas Besseres ersetzt werden.

Was ja bei bestimmten Gerinnungshemmern gerade in der Diskussion ist ...

Stimmt, wir können hier wohl den Abgesang der alten Antikoagulanzen anstimmen. Derzeit wird je nach Richtlinien immer noch die Triple-Therapie – also Vitamin-K-Antagonist, ASS und Clopidogrel – bei koronarem Stent und Vorhofflimmern empfohlen. Davon rate ich entschieden ab: Die Blutungsgefahr ist erheblich, der Schutzbedarf hingegen ist nicht so gross wie ursprünglich angenommen. Weder Vorhofflimmern noch die modernen Stents sind derart thrombogen, dass sie eine Dreifach-Antikoagulation rechtfertigen. Man kann ASS wohl weglassen. Und braucht es bei Stents wirklich noch die duale Antikoagulation mit Clopidogrel und ASS? Prasugrel oder Ticagrelor sind alleine potenter als diese beiden zusammen. Ich persönlich empfehle seit 1 Jahr nur noch einen der neuen Plättchenhemmer ohne ASS; aus meiner zugegeben kleinen persönlichen Erfahrung kann ich damit nur Vorteile erkennen. In ein paar Jahren wird man unter Umständen generell überlegen, ob man einen guten Plättchenhemmer, einen Xa- oder einen IIa-Hemmer einsetzt, ungeachtet der Grunderkrankung.

Wie sieht es mit Heparin aus?

Heparin wird als Dauertherapie ebenfalls aus den Traktanden fallen. Das niedermolekulare (NM) Heparin war im Prinzip nie besser als das unfraktionierte, nur einfacher einzusetzen. Bislang war das NM-Heparin Goldstandard als Alternative oder zusammen mit Vitamin-K-Antagonisten in Übergangszeiten. Bei den neuen Antikoagulanzen ist eine Heparinbegleitung bei Ein- oder Ausleitung nicht mehr nötig – Heparin hat hier also keinen Platz mehr.

