

# Orale Plättchenhemmung beim akuten Koronarsyndrom

## Therapie für den individuellen Patienten massschneidern

**Das aktuelle Vorgehen beim Patienten mit akutem Koronarsyndrom stand im Mittelpunkt des Vortrags von Professor Dr. med. Marco Roffi, Genf. Die Vorbehandlung mit einem P2Y12-Hemmer senkt die kardiovaskuläre Ereignisrate während der Intervention nicht und kann sogar das Blutungsrisiko erhöhen, der Nutzen einer frühen Gabe eines P2Y12-Hemmers ist damit alles andere als gesichert. Ungeklärt ist zudem nach wie vor die Frage, inwieweit es unter den Plättchenhemmern für Patienten mit akutem Koronarsyndrom «einen für alle» gibt.**

Ist es möglich, denselben P2Y12-Hemmer für alle Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) einzusetzen, die sich einer perkutanen koronaren Intervention (PCI) unterziehen? Die Expertenmeinungen gehen derzeit auseinander. Roffi, Leiter der Abteilung für Interventionelle Kardiologie am Universitätsspital Genf, hält von diesem Vorschlag jedoch nichts. Denn: «Dieser Einer-für-alle-Wirkstoff müsste die folgenden Bedingungen erfüllen: getestet gegen kontemporäre Vergleichsstoffe, in allen klinischen Situationen, in einer breiten Patientenpopulation, verträglich für alle Patienten, wenige oder gar keine Nebenwirkungen. Und diese Erfolgsbilanz kann derzeit einfach kein Wirkstoff aufweisen.»

### Unklare Situation

Andrerseits könnte es eine Subgruppe an Patienten geben, die für dieses Vorgehen nicht geeignet beziehungsweise sogar schädlich sein könnte, warnt Roffi: «Das gilt etwa für Patienten mit hohem Blutungsrisiko: Patienten über 75 Jahre haben keinen Nutzen von einer Behandlung mit Prasugrel. Ticagrelor ist zwar laut Studienlage in dieser Altersgruppe von Vorteil, es ist aber unklar, wie alt die untersuchten Patienten wirklich waren, da die Angabe über das mittlere Alter gefehlt hat.» Ebenso unklar ist die Situation bei Patienten mit schweren Begleiterkrankungen, die von den Trials ausgeschlossen waren, sowie bei denjenigen, bei denen eine orale Antikoagulation erforderlich ist.

### Vorbehandlung ja oder nein?

Die grundsätzliche Frage hier lautet: Ist es angemessen, Patienten mit ACS vor einer PCI mit P2Y12-Hemmern zu behandeln, mit dem Ziel, die periprozedurale Ereignisrate zu senken? Laut Leitlinien\* handelt es sich dabei sogar um eine Klasse I Empfehlung (1, 2). Jedoch: «In der PCI-CURE-Studie etwa zeigte sich unter Clopidogrel keine relevante Reduktion der periinterventionellen ischämischen Ereignisse (3). Und auch in der PLATO-Studie an knapp 19 000 Patienten mit ACS mit oder ohne ST-Hebung kam es unter Ticagrelor zu keiner Prävention periinterventioneller ischämischer Ereignisse (4).»

### Kein Vorteil unter früher GPIIb/IIIa-Hemmung

Ähnliches konnte in einer US-amerikanischen Studie auch für die Vorbehandlung von ACS-Patienten mit GPIIb/IIIa-Hemmern beobachtet werden (5). In dieser Studie waren knapp

10 000 Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und nachfolgender Anweisung für eine invasive Intervention eingeschlossen. Sie erhielten entweder Eptifibatid oder Placebo spätestens 12 Stunden vor der Angiografie oder nach der Angiografie. Der frühe Einsatz war dem Einsatz nach der Angiografie nicht überlegen, im Gegenteil: Er war mit einem erhöhten Risiko nicht lebensbedrohlicher Blutungen und Transfusionsbedarf assoziiert.

### Erhöhtes Blutungsrisiko unter Vorbehandlung

In der ACCOAST-Studie erhielt die Hälfte der Patienten randomisiert eine 30-mg-Dosis Prasugrel vor der Angiografie, die andere Hälfte Placebo. Vor einer PCI bekam die erste Gruppe nochmals 30 mg, die Placebogruppe erhielt 60 mg Prasugrel (6). «Doch diese Studie wurde aus Sicherheitsgründen abgebrochen, da die Vorbehandlung mit einem erhöhten Blutungsrisiko einherging. Und es zeigte sich weder nach 7 noch nach 30 Tagen eine Ereignisreduktion! Mit einer Vorbehandlung ist hier absolut kein Benefit verbunden.»

Entscheidend seien jetzt die Ergebnisse der ATLANTIC-Studie, betont der Kardiologe (7). Sie umfasst 1800 STEMI-Patienten, die unmittelbar nach der Diagnose (noch vor dem Krankenhausaufenthalt) Ticagrelor 180 mg und danach im Krankenhaus Placebo oder umgekehrt erhalten; alle Patienten erhalten zudem nachfolgend Ticagrelor 90 mg 2x/Tag 30 Tage lang. Primärer Sicherheitsendpunkt sind grosse, lebensbedrohliche Blutungen oder kleinere Blutungen nach 48 Stunden sowie nach 30 Tagen. Roffi: «Eine gesteigerte Blutungsrate bedeutet das Ende der kurzfristigen Vorbehandlung.»

Nach wie vor gilt: Die Antiplättchentherapie (Wirkstoff, Zeitpunkt der Einleitung etc.) ist immer unter Erwägung der geschätzten Risiken und Vorteile für den einzelnen Patienten masszuschneiden. «Der Vorteil einer Vorbehandlung darf angezweifelt werden.»

**Lydia Unger-Hunt**

\*2011 ESC-Guidelines, 2010 ESC/EACTS-Guidelines

Quelle: «Oral platelet inhibitors in ACS/PCI», Vortrag «Tailor them», M. Roffi, Satellitenveranstaltung von Daiichi-Sankyo, SGK Jahresversammlung, 11. bis 13. Juni 2014 in Interlaken.

Literatur abrufbar auf [www.rosenfluh.ch](http://www.rosenfluh.ch)