

Ein vom Schweizerischen Nationalfonds gegründetes klinisches Netzwerk

Akutes Koronarsyndrom und Inflammation

Akute Koronarsyndrome sind die häufigsten Ursachen von Myokardinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz und Tod. Das zugrunde liegende Problem ist eine Plaqueruptur oder eine Erosion, die zu einem partiellen oder kompletten Verschluss der Koronararterien führt. Diese Ereignisse können durch inflammatorische Mechanismen begünstigt werden. Auch wenn in der Prävention und in der Behandlung akuter Koronarsyndrome (ACS) in den letzten Jahren grosse Fortschritte erzielt wurden, bleibt die Komplikationsrate hoch. Im Jahr 2009 starteten die Universitäten von Bern, Genève, Lausanne und Zürich ein gemeinsames Projekt mit dem Titel „Inflammation und akutes Koronarsyndrom – Neue Strategien für die Prävention und das klinische Management“. Das klinische Forschungsprogramm ist Teil des Special Program University Medicine (SPUM).

Über das Outcome nach Herzinfarkt mit moderner Revaskularisierungstherapie berichtete PD Dr. Dr. Christian Templin, Zürich, am Symposium Moderne Plättchen- und Gerinnungshemmung in Klinik und Praxis. Er zeigte insbesondere, dass sich die Outcome-Daten von Patienten mit ACS in den letzten Jahren deutlich verbessert haben und dass die am Universitätsspital Zürich (USZ) erhobenen Resultate im internationalen Vergleich exzellent sind. Geschlechts-spezifische Unterschiede im Outcome von Patienten mit ACS wurden am USZ keine festgestellt. Patienten, die über 80 Jahre alt sind, weisen höhere Mortalitäts- und MACE-Raten auf. Diese sind aber im USZ insgesamt niedrig. Es zeigte sich ferner, dass Patienten im kardiogenen Schock von Drug Eluting Stents im Vergleich zu Bare Metal Stents profitieren, so der Referent.

Blutungsrisiko unter dualer Plättchenhemmung: Resultate der Schweizerischen SPUM ACS Studie

Das SPUM ACS Programm umfasst 6 Unterprogramme, und zwar Biomarker, Imaging, Prognose, Repair, ELIPS und Rauchen. Ran-

domisierte, kontrollierte, doppelblinde Studien stellen den Gold-Standard für klinische Studien dar. Sie sind aber teuer, das Design widerspiegelt spezifische Interessen der Untersucher oder Sponsoren, sie können einen Selektionsbias bei der Inklusion/Exklusion der Patienten aufweisen, sie entsprechen möglicherweise nicht der lokalen Patientenpopulation und ergeben ein Outcome, das nur für die Studienpopulation korrekt ist. Sie entsprechen unter Umständen nicht dem realen Leben und der tatsächlichen Medikamentensicherheit.

Die von PD Dr. med. Christian Matter, Co-Studienleiter SPUM ACS, vorgestellte Studie bei Patienten mit ACS bestand aus einer Standard-Behandlung mit Aspirin 100 mg/d, Rosuvastatin 20 mg/d, Prasugrel 10 mg/d (STEMI), Clopidogrel 75 mg/d (NSTEMI) und weiteren Medikamenten sofern notwendig. Es wurden insgesamt 2200 Patienten mit ACS in den 4 verschiedenen Zentren rekrutiert.

Die Studie entspricht dem Bedürfnis nach einer „real life“-Untersuchung mit Thrombozytenaggregationshemmern, mit Fokus auf MACE und Blutungsrisiko unter dualer Plättcheninhibition. Das Follow-Up geschah nach 30 Tagen

und nach 1 Jahr. Eine detaillierte Information über die Ajudizierung erfolgte bei 1914 Patienten nach 30-tägigem Follow-up. Es ist wichtig, dass die vorgestellten Daten preliminär sind; eine detaillierte Auswertung ist im Gange, so der Referent. STEMI Patienten sollten Prasugrel erhalten. Die Medikamenten-Compliance war sehr gut.

MACE bei Spitalaufenthalt und nach 30 Tagen unter Prasugrel oder Clopidogrel

Die MACE (Major Adverse Cardiac Events) waren während Spitalaufenthalt und nach 30 Tagen insgesamt niedrig (3–4%). Prasugrel schnitt dabei besser ab als Clopidogrel. Im Spital erfolgten 5 Herztode (0.8%) unter Prasugrel gegenüber 27 (2.1%) unter Clopidogrel. Das gleiche gilt nach 30 Tagen: Prasugrel 5 (0.8%) vs Clopidogrel 23 (1.9%).

Weniger Blutungen im Spital und nach 30 Tagen Prasugrel

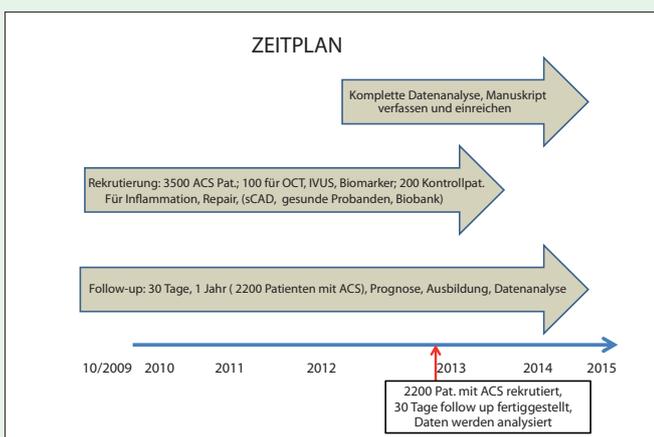
Die Werte für nicht adjudizierte Blutungen im Spital betrug: 8 (1.7%) unter Prasugrel vs 51 (4.0%) unter Clopidogrel. Damit zeigte Prasugrel auch bezüglich Blutungen Vorteile gegenüber Clopidogrel.

Die weiteren Perspektiven, die der Referent in Aussicht stellte, sind:

- ▶ Komplette Analyse der Daten sobald als möglich
- ▶ Komplette Adjudizierung und Bereinigung der Daten für die 2200 Patienten
- ▶ Verstehen der Nicht-Adhärenz zu den Guidelines
- ▶ MACE mit Berichtigung
- ▶ Blutung (Blutungsstelle, orales Antikoagulans, neue Kriterien).

Die wesentlichen Erfahrungen aus dieser Untersuchung SPUM ACS sind gemäss PD Dr. med. Christian Matter eine hervorragende Kooperation und Datensammlung. Die Interimsanalyse auf MACE (im Spital und nach 30 Tagen) und die Blutungsrate ergaben sehr vielversprechende Resultate für Prasugrel.

Der Referent richtete zum Schluss einen herzlichen Dank an die Teilnehmer, die zuweisenden Ärzte und die Spitäler für die ausgezeichnete Zusammenarbeit.



IMPRESSUM

Berichterstattung: Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen

Redaktion: Thomas Becker

Quelle: Symposium Moderne Plättchen- und Gerinnungshemmung in Klinik und Praxis, Universitätsspital Zürich, Donnerstag 18. April 2013

Unterstützt von Eli Lilly (Suisse) S.A., Genf

© Aertzerverlag medinfo AG, Erlenbach