

# WISSEN AKTUELL

Neue Option bei Lungenembolie

## Therapie und Prophylaxe mit nur einem Medikament



**Mit dem neuen Faktor Xa-Inhibitor Rivaroxaban kann die Therapie und Prophylaxe der Lungenembolie ebenso effektiv durchgeführt werden wie mit dem Standard Enoxaparin, gefolgt von Vitamin-K-Antagonisten. Schwere Blutungen waren unter Rivaroxaban nur halb so häufig.**

Rivaroxaban ist ein Vertreter aus der Gruppe der neuen oralen Antikoagulanzen, die gegenüber Vitamin-K-Antagonisten allein schon vom Handling her eine Reihe von Vorteilen aufweisen. Sie werden oral und immer in fixer Dosis genommen, die sich nicht nach einem INR-Wert richtet. Therapiekontrollen sind nicht erforderlich. Die Zahl der Nahrungsmittel- und Arzneimittelinteraktionen ist deutlich geringer als bei Vitamin-K-Antagonisten.

Die Therapie und Prophylaxe tiefer Beinvenenthrombosen kann von Anfang bis Ende mit Rivaroxaban erfolgen. Dies zeigte die EINSTEIN-DVD-Studie, an der 3349 Patienten teilgenommen hatten. Bei gleicher Blutungsrate von 8,1% wurden in der Rivaroxaban-Gruppe 36 (2,1%), in der Enoxaparin/Vitamin-K-Antagonisten-Gruppe aber 51 (3,0%) Rezidivthrombosen festgestellt. Die Studie hat zur Zulassung in der Indikation geführt, z.B. in den USA und in Deutschland.

Auf der Jahrestagung des American College of Cardiology wurden nun die Ergebnisse der EINSTEIN-PE-Studie vorgestellt. Teilnehmer waren 4833 Patienten mit Lungenembolie. Verglichen wurde auch hier mit Enoxaparin/Vitamin-K-Antagonisten. Behandelt wurde je nach Fall 3, 6 oder 12 Monate lang.

50 Patienten (2,1%) der Rivaroxaban-Gruppe sowie 44 Patienten der Kontrollgruppe (1,8%) erlitten Rezidive – kein Unterschied. Blutungen traten mit einer Häufigkeit von 10,3% (Rivaroxaban) bzw. 11,4% auf. Schwere Blutungen aber waren unter Rivaroxaban nur halb so häufig (1,1% vs. 2,2%).

Sowohl bei tiefen Venenthrombosen als auch bei Lungenembolie wird Rivaroxaban zunächst drei Wochen lang mit 2x15 mg/d dosiert. Anschliessend wird 1x20 mg/d verabreicht.

► WFR

Grosser Herzinfarkt

# Intrakoronarer Thrombozytenhemmer begrenzt Infarktgebiet



**Bei grossen anterioren Herzinfarkten kann die intrakoronare Gabe von Abciximab, zusätzlich zu einer Therapie mit Bivalirudin, das Schadensgebiet im Herzmuskel signifikant begrenzen.**

Trotz Akut-Angioplastie verbleibt bei vielen Herzinfarkten eine grosse Myokardnarbe. Verantwortlich dafür gemacht werden distale Emboli von Plauebestandteilen, die sich bei der Angioplastie lösen und sich dann in kleineren Gefässen verkeilen.

Um dies zu verhindern, gibt es zwei Therapieoptionen: die intrakoronare Gabe von Abciximab unter PTCA, oder die sog. ma-

nuelle Aspirations-Thrombektomie. Die beiden Verfahren wurden nun in der INFUSE-AMI-Studie bei 452 Patienten mit Herzinfarkten verglichen.

Bei 382 dieser Patienten konnte nach 30 Tagen die Infarktgrösse mittels MRI bestimmt werden. Wie Studienautor Dr. G.W. Stone vom New York-Presbyterian Hospital berichtete, reduzierte Abciximab die Infarktgrösse im Vergleich zu Placebo signifikant von 17,9% auf 15,1%. Die Aspirations-Thrombektomie blieb ohne Wirkung.

► WFR

Aortenstenose

# Interventioneller Klappenersatz ist heute sicher

**Der perkutane Ersatz der Aortenklappe (TAVI) ist in Zentren mit entsprechender Expertise heute ein sehr sicheres Verfahren mit niedriger 30-Tage-Sterblichkeit.**

Aortenstenosen sind eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Hochgradige Stenosen sind mit einer hohen Mortalität verbunden. Das Operationsrisiko ist bei vielen der hochbetagten Patienten beträchtlich.

Alternativ bietet sich seit einiger Zeit das TAVI-Verfahren an, bei dem die Klappen auf perkutanem Weg ausgetauscht werden. In der sog. ADVANCE-Studie war jetzt bei 1015 alltäglichen Hochrisiko-Patienten mit schwerer Aortenklappenstenose die Sicherheit und Wirksamkeit des interventionellen Eingriffs untersucht worden. Die Patienten waren im Schnitt 81 Jahre alt. Eingesetzt wurde das CoreValve System.

Wie Prof. A. Linke von der Universitätsklinik Leipzig berichtete, betrug die Rate klinischer Komplikationen nach 30 Tagen 8,3%. Die Mortalität lag bei 4,5%, die kardiovaskuläre Mortalität bei 2,2%. 2,9% der Patienten erlitten Schlaganfälle. Bei 4% der Patienten kam es zu schweren Blutungen.

Die Klappen funktionierten sehr gut, die Belastbarkeit der Patienten besserte sich ebenso wie die Beschwerdesymptomatik

rasch und deutlich. Insgesamt ist dies angesichts der multimorbiden Patientenlientel sowie angesichts der sehr ernsten Prognose der schweren Aortenklappenstenose ein sehr gutes Ergebnis, so Linke.

► WFR



Foto: ingenium-design.de - Fotolia