

Patienten mit akutem Koronarsyndrom

CURE-Studie: Kurz – und langfristiger Nutzen von Clopidogrel in der Behandlung des akuten Koronarsyndroms (ACS) bestätigt

American College of Cardiology – 50th Annual Scientific Session, Orlando, 18. – 21.3.2001
 Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, Zürich, 30.3.2001

Die mit Spannung erwarteten Resultate der CURE-Studie, erstmals präsentiert anlässlich der Jahrestagung des ACC in Orlando, sorgten in den USA für Schlagzeilen. Beim Kongress der SGK in Zürich diskutierten Experten über die Auswirkungen dieser Mega-Studie und waren sich einig, dass die Guidelines für die Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom umgehend dem aktuellen Stand der Erkenntnisse angepasst werden müssen. Künftig sollen Patienten mit instabiler Angina pectoris und Non-Q-Wave-Infarkt von der kombinierten Thrombozytenhemmung mit Clopidogrel plus ASS profitieren.

Die amerikanische Tageszeitung USA TODAY forderte am Tag nach Bekanntgabe der CURE- Resultate (Clopidogrel in Unstable Angina to prevent Recurrent ischemic Events) auf der Titelseite: «Aspirin, make room for Clopidogrel». Hat der Klassiker in der Prävention atherothrombotischer Ereignisse ausgedient und wird zurückverwiesen in seine ursprüngliche Indikation als Schmerzmittel und Fiebersenker? Davon kann sicher nicht die Rede sein, denn in der CURE-Studie wurde Clopidogrel «on top of Aspirin» geprüft. Den behandelnden Ärzten (482 Zentren in 28 Ländern) stand für die Behandlung ihrer Patienten mit akutem Koronarsyndrom das gesamte Spektrum therapeutischer Massnahmen, interventionell wie auch konservativ, zur Verfügung, einschliesslich Aspirin (ASS) als Basismedikation. Gemäss Randomisierungsplan erhielt die Hälfte der 12562 Patienten entweder zusätzlich

Clopidogrel oder ein Plazebo. Es ging also nicht darum, ASS aus dem Feld zu schlagen, sondern um die Frage, ob und in welchem Ausmass koronare Risikopatienten von der kombinierten Thrombozytenhemmung profitieren.

Was sich mit Sicherheit ändern wird, ist die Rollenverteilung: Wen wird man auch künftig mit ASS im Sinne der Monotherapie behandeln, in welchen Fällen wird man Clopidogrel den Vorzug geben, bei wem ist die Kombination aus Clopidogrel plus ASS indiziert, und welche Patienten brauchen einen GP IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten?

Von der Atherothrombose zum akuten Koronarsyndrom

Die ersten atherosklerotischen Veränderungen können bereits im jüngeren Erwachsenenalter auftreten und sich über

Jahrzehnte unbemerkt weiterentwickeln, bis sich die Arterien so weit verengt haben, dass die Blutversorgung in Frage gestellt ist. Verschiedene Risikofaktoren (Abbildung 1) begünstigen diesen Prozess.

Abb. 1: Risikofaktoren, welche Entstehung eines akuten Koronarsyndroms begünstigen

- Zigarettenrauchen
- Diabetes mellitus
- Herzattacke oder Schlaganfall in der Familienanamnese
- Hoher Cholesterinspiegel
- Hypertonie
- Adipositas
- sitzende Lebensweise

Erst wenn es zur Plaque-Ruptur kommt, die zu einer Thrombose führt, wird es für den Patienten kritisch: er muss notfallmässig hospitalisiert werden, und die Verdachtsdiagnose lautet **instabile Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall** oder **akute Beinischämie**. Unter dem Begriff des akuten Koronarsyndroms werden heute folgende Symptom-

z.B.
69
- 91. 62x -
ZB MED