

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier**Herausgeber:** D. von Herrath, W. Thimme**Schriftleitung:** D. von Herrath, W.-D. Ludwig,

W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen, A. Stallmach**Beirat:** H. G. Beger; Ulm; J. Bircher, Herdecke; H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Homburg/Saar

Schriftleitung: Am Nordgraben 2, 13509 Berlin, Telefon (030) 41941001, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · **Verlag:** Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 7452047, Fax (030) 7453066, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.de · Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis 76,- DM inklusive Versandkosten im Inland, Preis des Jahresabonnements für Studenten 46,- DM inklusive Versandkosten im Inland · Erscheinungsweise monatlich · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 35 · Nr. 11

Berlin

November 2001

Behandlungsstrategie bei instabiler Angina pectoris. Die TACTICS-Studie

Die kürzlich unter der Federführung von E. Braunwald veröffentlichte TIMI-18-Studie ist eine weitere Untersuchung zum Vorgehen bei akuten koronaren Ischämiesyndromen (1). Um zwischen den vielen bekannten und weniger bekannten TIMI-Studien nicht verlorenzugehen und wohl auch, um den Namen der geprüften Substanz auf der Fahne zu tragen, wird TIMI 18 unter dem Akronym TACTICS bekannt gemacht.

Die Fragestellung bei TACTICS war, welches Vorgehen bei instabiler Angina pectoris oder beim Myokardinfarkt ohne ST-Elevation erfolgreicher ist: eine frühinvasive Strategie mit rascher Koronarographie und gegebenenfalls Revascularisation oder eine primär konservative Strategie mit medikamentöser Beeinflussung der Gerinnungs- und Entzündungsprozesse und mit invasiver Abklärung und Therapie nur bei nachweislicher Ischämie oder fortbestehenden Beschwerden.

Die wichtigsten Vorläuferstudien mit einer ähnlichen Fragestellung waren VANQWISH bei Patienten mit Non-Q-Wave-Infarkt (2) und FRISC II bei Patienten mit instabiler Angina pectoris (3). Während sich bei der etwas älteren VANQWISH-Studie die primär konservative Behandlung als günstiger herausstellte, waren die Ergebnisse bei FRISC II sowohl hinsichtlich der Häufigkeit von Tod als auch der Häufigkeit von Reinfarkten günstiger für die primär invasiv behandelten Patienten. Eine plausible Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse ist, daß die bei FRISC II durchgeführten Katheterinterventionen durch die Einlage von koronaren Stents (65%) und durch die Gabe von Medikamenten (z.B. Dalteparin) sicherer waren.

In TACTICS sollte nun der GP-IIb/IIIa-Rezeptor-Antagonist Tirofiban (Aggrastat) – quasi als wirksamste Waffe gegen die intrakoronaren Gerinnungsprozesse – die Behandlungsergebnisse bei instabiler Angina weiter verbessern helfen. Dazu wurden multizentrisch 2220 Patienten mit neu aufgetretener Angina pectoris (max. seit 24 Stunden) eingeschlossen, die prinzipiell für eine Revascularisation in Frage kamen. Die Patienten mußten frische EKG-Veränderungen (ST-Strecken-Senkung, T-Negativierung) oder erhöhte „Herzenzyme“ (Troponin, CK) oder durch ihre kardiale Anamnese (Myokardinfarkt, Bypass-OP etc.) ein erhöhtes Risiko haben. Ausgeschlossen wurden Patienten mit ST-Strecken-Elevation und solche, bei denen ein Myokardinfarkt sehr wahrscheinlich war (Schenkelblock oder kardiogener Schock).

Inhalt dieser Ausgabe

Behandlungsstrategie bei instabiler Angina pectoris. Die TACTICS-Studie	81
Clopidogrel bei instabiler Angina pectoris. Die CURE-Studien	83
Dofetilid bei Vorhofflimmern bzw. -flattern	84
Sekundärprävention des Schlaganfalls mit Östradiol?	85
Adjuvante Chemotherapie bei älteren Patienten mit reseziertem Kolonkarzinom. Analyse von 7 Phase-III-Studien	86
Vorteil der medikamentösen Therapie gegenüber der Varizenligatur zur Prävention von Ösophagusvarizenblutungen	86
Ukrain – „Vom Naturheilmittel zum Zytostatikum“	87
Leserbriefe	
Ginkgo-biloba-Extrakte zur Behandlung der Alzheimer-Demenz?	87
Methylphenidat (Medikinet, Ritalin) – Zwei Sichtweisen	88

Dosisangaben ohne Gewähr!

Alle Patienten erhielten Azetylsalicylsäure (ASS), unfraktioniertes Heparin (UFH) über 48 Stunden (zuerst ein Bolus und danach 1000 I.E./h) und den GP-IIb/IIIa-Rezeptor-Antagonisten Tirofiban (0,4 µg/kg/min über 30 Min. gefolgt von 0,1 µg/kg/min). Betarezeptoren-Blocker (82%), Nitrate (94%) und Cholesterinsynthese-Hemmer (52%) waren empfohlen. Die Hälfte der Patienten (n = 1106) wurde im konservativen Arm mit Tirofiban 48 Stunden lang behandelt. Eine Koronarangiographie durfte nur dann durchgeführt werden, wenn ein Ischämietest (z.B. Streß-Echokardiographie oder Thalliumszintigraphie) positiv war, es zu wiederholten Angina-pectoris-Attacken, einem Myokardinfarkt oder zu einer hämodynamischen Instabilität unter Belastung kam. Die andere Hälfte der Patienten (n = 1114) sollte auf jeden Fall koronarographiert werden und – wenn möglich – eine Revascularisation erhalten. In diesem invasiven Arm wurde Tirofiban bis ca. 12 Stunden nach der Angiographie gegeben.

Ergebnisse: Die demographischen und klinischen Variablen in beiden Gruppen waren gleich: mittleres Alter 62 Jahre, 34% Frauen, 48% mit ST-Strecken- oder T-Wellen-

ZB
1375