

Inhalt

► **Schwerpunkt: Koronare Herzkrankheit/Arteriosklerose**
Fallbericht

Tod durch Hirnmetastasen nach Prasugrel Seite 2

Prävalenz von Gefäßerkrankungen in verschiedenen Arteriengebieten

Starker Anstieg im hohen Alter Seite 2

Patienten mit hohem Herzrisiko

Mediterrane Kost kann schweren kardiovaskulären Ereignissen vorbeugen..... Seite 4

Präklinische Fibrinolyse beim ST-Hebungsinfarkt

Effektive Reperfusion bei leicht erhöhtem Risiko für Hirnblutungen..... Seite 4

CABG lieber Off- oder On-Pump?

Keine signifikanten Unterschiede nach einem Jahr Seite 4

Effekt der Thrombozytenhemmung mit Cangrelor während PCI

Rate ischämischer Ereignisse signifikant reduziert Seite 5

Karotisstenosing mit 600 mg Clopidogrel und Atorvastatin-Reload

Deutlich bessere Outcomes Seite 6

PCI: Thrombozytenaggregationshemmer bei oraler antikoagulativer Therapie

Clopidogrel lieber mit oder ohne Aspirin? Seite 7

PRECISE-Studie zur roboterunterstützten perkutanen Koronarintervention

Sicher und machbar Seite 8

Bioabsorbierbare Magnesium-Scaffolds bei KHK

Alternative zu absorbierbaren Scaffolds aus Polymerverbindungen Seite 8

Colchicin nach perkutaner Koronarintervention

Zur Reduktion von In-Stent-Restenosen bei Diabetikern mit BMS geeignet . Seite 8

Horus-Studie: Schon Jäger und Sammler hatten Ablagerungen in den Gefäßen

Atherosklerose ist keine moderne Erkrankung Seite 9

Fall-Kontroll-Studie: Polygene und monogene familiäre Hypercholesterinämie

LDL-Cholesterin-Gen-Score hilft bei der Unterscheidung Seite 10

Adipositas-Paradox beim kardialen Remodeling

Kardiometabolischer Phänotyp bedeutsam Seite 10

Günstiger Effekt von Ticagrelor in der PLATO-Studie

Eventuell auch auf Statine zurückzuführen Seite 10

Prasugrel und Ticagrelor bei STEMI-Patienten mit PCI

Effektive Plättchenhemmung dauert Seite 11

Sekundärprävention bei KHK und Diabetes

Lässt oft zu wünschen übrig Seite 11

Vorapaxar bei pAVK

Weniger Gliedmaßenischämien, aber mehr Blutungen Seite 12

Stumme Ischämie nach Revaskularisierung

Erneute Revaskularisierung ohne Vorteil Seite 12

► **Herzrhythmusstörungen**

Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren

Kommunikation zwischen Arzt und Patient lässt zu wünschen übrig Seite 7

Ablation mit dem Kryoballon-Katheter

Langfristige Freiheit von VHF ähnlich wie bei Radiofrequenzablation..... Seite 7

► **Erkrankungen der Herzklappen**

Aorteninsuffizienz nach Transkatheter-Aortenklappen-Implantation vorbeugen

Penibles Vorgehen erforderlich Seite 13

Kombinierte Aortenstenose und Aorteninsuffizienz

AV-Vel zur Prognose geeignet Seite 12

► **Diverses**

Leichte bis mäßige Anämie bei systolischer Herzinsuffizienz

Kein besserer Verlauf unter Darbepoetin alfa Seite 5

Sekundärprävention kryptogener Embolien beim PFO

Verschluss nicht besser als Medikamente Seite 5

PFO-Verschluss nach kryptogenem Schlaganfall versus Pharmakoherapie

In Per-Protocol- und As-treated-Analyse überlegen Seite 6

Anwesenheit von Angehörigen bei der kardiopulmonalen Reanimation

Positive Effekte auf die Familie – Ohne Nachteile Seite 6

Suboptimale Befunde bei wieder entfernbaren Vena-cava-Filtern

Zu oft an Ort und Stelle belassen Seite 9

BNP bei erhaltener versus reduzierter EF

Starker Prädiktor für das Outcome Seite 9

Vena-cava-Filter bei akuter VTE

Einsatz unterscheidet sich stark von Klinik zu Klinik Seite 11

Herzstillstand in der Klinik bei älteren Patienten

Knapp 6 von 10 Betroffenen leben nach einem Jahr noch Seite 13

► **Industrie** Seite 14

► **Termine** Seite 17

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

in der Regel bekommen heute stabile Patienten mit Angina pectoris rechtzeitig vor der Stentimplantation Aspirin und Clopidogrel zur notwendigen dualen Plättchenhemmung. Beim akuten Koronarsyndrom werden wegen des schnelleren Wirkungseintritts meist Aspirin plus Prasugrel oder Ticagrelor bevorzugt. Die Rate der periprozeduralen In-Stent-Thrombosen wird dadurch um etwa 2% gemindert, dafür gibt es etwas mehr Blutungskomplikationen. Da andererseits der Effekt dieser auch stärker wirksamen neueren ADP-Rezeptorantagonisten länger anhält, wird im Falle einer notwendig werdenden Bypass-Operation allerdings geraten, diese zur Vermeidung postoperativer Blutungen dann erst 5–7 Tage später durchzuführen. Nun wurde von Bhatt et al. eine kontrollierte Untersuchung an 11.145 Patienten publiziert, die vor der PCI entweder Clopidogrel oder einen sofort wirksamen, da infundierbaren Aggregationshemmer, Cangrelor, erhalten hatten (NEJM 2013;368:1303-13). Tatsächlich ließen sich durch Cangrelor i.v. das Ischämierisiko ebenso wie die Stentthrombose rate nochmals um etwa 1% senken, ohne dass es, wohl auch wegen der kurzen Halbwertszeit, mehr Blutungen gab. Auch wenn es logisch erscheint, dass die Infusion eines Plättchenhemmers den Eintritt und das Abklingen der Wirkung besser kontrollierbar macht, so würden wir doch gerne eine den Erfolg bestätigende zweite Publikation dazu lesen. Logisch war es ja auch, anzunehmen, dass nach üblicher Clopidogrel-Dosierung die zusätzliche Messung der Thrombozytenaggregation vor der Stentimplantation mit entsprechend erhöhter Clopidogrel-dosis (oder zusätzlicher Prasugrelgabe) bei noch hoher Plättchenaktivität die Stentthrombose beziehungsweise die Infarkttrate reduzieren würde. Die ARCTIC-Studie zeigte bei diesem vermeintlich sorgfältigen Vorgehen bei 2440 Patienten aber eher sogar eine höhere Todes- und Myokardinfarkttrate (31,7% vs. 28,8%; nicht signifikant) als in der Kontrollgruppe ohne Messung der Thrombozytenaktivität und ohne Dosisanpassung (NEJM 2012;367:2100-9). Erstaunlich ist dieses negative Studienergebnis besonders deshalb, weil >40% der Patienten wegen zu gering gemessener Aggregationshemmung eine höhere Clopidogrel- beziehungsweise Prasugrel-Dosis bekamen. Möglicherweise ist die „Clopidogrel-Versageratte“ nur ein klinisch irrelevanter Laborwert. Die Forschung auf dem Gebiet der Thrombozytenaggregationshemmer bringt immer neue, effektivere Wirkstoffe hervor, aber auch klinisch wich-



Herausgeber: Erland Erdmann

tige Probleme wie schwer überschaubare Medikamentenkombinationen, Nebenwirkungen, Interaktionen etc., die man aber kennen sollte, wenn Koronarpatienten damit behandelt werden. Sehr interessant ist die Mitteilung von DiNicolantonio et al. (S. 10), in der auf die relativ starke Hemmung der CYP3A4 durch Ticagrelor hingewiesen wird. Dadurch nehmen die Konzentrationen eventuell gleichzeitig eingenommener Pharmaka zu, die durch dieses Enzym verstoffwechselt werden. Dazu gehören Kalziumantagonisten (Amlodipin, Verapamil), Benzodiazepine, HIV-Proteaseinhibitoren, Immunsuppressiva (Ciclosporin, Sirolimus, Tacrolimus) oder die Statine Atorvastatin, Simvastatin und Lovastatin, auf die sich diese Mitteilung bezieht. Unter Ticagrelor wurden Zunahmen der Statinkonzentrationen um >50% gefunden. Die Autoren spekulieren in diesem Zusammenhang sogar, dass der vorteilhafte Ticagrelor-effekt in der PLATO-Studie (Reduktion des primären Endpunktes um 1,9%, NEJM 2009;361:1045-57) möglicherweise durch die bekannte günstige Wirkung höherer Statindosierungen beim akuten Koronarsyndrom hervorgerufen sein könnte. Da Clopidogrel die CYP3A4 nicht hemmt und die Statinkonzentrationen in dem Studienarm also niedriger lagen, könnte dies und nicht die stärkere Thrombozytenaggregationshemmung für den etwas besseren Ticagrelor-Effekt verantwortlich sein. Dass diese Vermutung nicht völlig abwegig ist, wird unterstützt durch die kontrollierte Untersuchung von Patti et al. (siehe S. 6) an 156 Patienten, die sich einem Stenting der A. carotis unterzogen. Die Patienten, die vor der Stentimplantation eine um 50% höhere Atorvastatin-Dosis erhielten, hatten in der nachfolgenden zerebralen MR-Untersuchung deutlich weniger ischämische Läsionen. Übrigens profitierten sie außerdem auch von einer höheren (600 mg) Clopidogrel-Dosis.

Viele neue Medikamente werden wegen vermeintlicher großer Vorteile bereits frühzeitig breit eingesetzt, oft noch bevor seltene, aber wesentliche Neben-

Fortsetzung siehe Seite 2