

MIRACL-STUDIE

Atorvastatin bei Hypercholesterinämie-Patienten mit akutem Koronarsyndrom

- ▶ Design und Ergebnisse der MIRACL-Studie
- ▶ Nach 16 Wochen signifikant weniger ischämische Ereignisse unter Atorvastatin
- ▶ Metabolisches Syndrom und kardiovaskuläres Risiko

ZUM THEMA

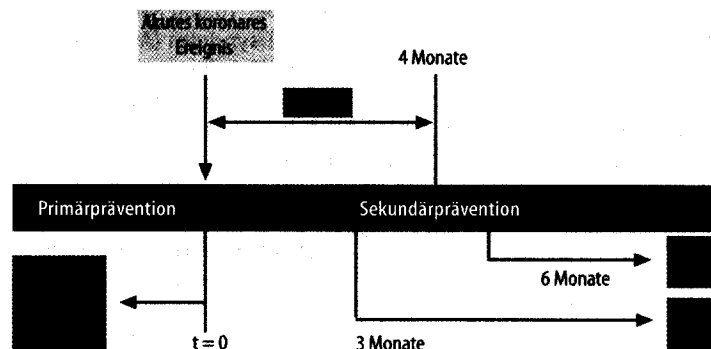
Bei Hypercholesterinämie-Patienten mit instabiler Angina pectoris oder akutem Non-Q-Wave-Infarkt kommt es seltener zu einem erneuten ischämischen Ereignis, wenn innerhalb der ersten Tage nach der Klinikaufnahme eine hoch dosierte Therapie mit dem CSE-Hemmer Atorvastatin (Sortis®) eingeleitet wird. Diese Ergebnisse der MIRACL-Studie sind bereits nach 16 Wochen signifikant. Für die Praxis bedeutet dies, so David D. Waters, San Francisco/USA, dass Hypercholesterinämie-Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS) rasch von einer sofortigen, drastischen Lipidsenkung mit Atorvastatin profitieren. Die Behandlung sollte noch in der Klinik begonnen werden, und zwar möglichst unabhängig von den LDL-Cholesterin-Werten.

Bei Diabetikern mit instabiler Angina oder Non-Q-Wave-Infarkt ist sowohl die 30-Tages- als auch die 6-Monats-Mortalität fast doppelt so hoch wie bei Nicht-Diabetikern. Eine frühzeitige, drastische Lipidsenkung – wie in MIRACL gezeigt – müsste für Diabetes-Patienten deshalb von besonderem Nutzen sein. Dies gilt auch für Patienten mit metabolischem Syndrom.

Die großen Sekundärpräventionsstudien wie 4S, LIPID und CARE, die mit Simvastatin und Pravastatin durchgeführt wurden, belegen den Nutzen einer aggressiven Lipidsenkung bei Hypercholesterinämie-Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder nach Myokardinfarkt. So konnte in 4S das Gesamtmortalitätsrisiko um 30% gesenkt werden, sagte Antonio M. Gotto, New York/USA. Allerdings wurde die lipidsenkende Therapie in diesen Studien erst mehrere Monate nach dem akuten Ereignis initiiert. In den großen Primärpräventionsstudien WOSCOPS und AFCAPS-TextCAPS wiederum

Patienten bietet, gab es bisher nicht. Der Vergleich großer klinischer Studien zeigt jedoch, so David D. Waters, San Francisco/USA, dass Patienten mit instabiler Angina oder Non-Q-Wave-Infarkt in den ersten Monaten nach dem Ereignis wesentlich häufiger versterben oder einen erneuten Infarkt erleiden als Patienten mit stabiler Angina oder Primärpräventionspatienten. Ursache dieser erheblich schlechteren Kurzzeitprognose sind offenbar instabile atherosklerotische Plaques. Eine wirksame Therapie muss deshalb mit einer schnellstmöglichen Stabilisierung der Plaques einhergehen.

ABBILDUNG 1



▲ Die MIRACL-Studie schließt eine therapeutische Lücke. 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study); CARE (Cholesterol and Recurrent Events Trial); LIPID (Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease); AFCAPS (Air Force Coronary Atherosclerosis Prevention Study); TextCAPS (Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study); WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study)

wurden Patienten mit Risikofaktoren behandelt, bei denen noch kein akutes koronares Ereignis aufgetreten war.

Prospektive Untersuchungen darüber, ob und inwieweit eine konsequente Lipidsenkung, die innerhalb von Stunden nach dem akuten koronaren Ereignis begonnen wird, einen klinischen Vorteil für die

Statine und akutes Koronarsyndrom – was ist gesichert?

Hinweise darauf, dass CSE-Hemmer ihren Beitrag zur Plaque-Stabilisierung leisten, lieferte eine große epidemiologische Studie. So konnte an knapp 20.000 Postinfarktpatienten, die zwischen 1995 und



Sp: Ua Di
75.380
4216 Bstl. -
ZB MED