

Interview mit Prof. Dr. med. Sigmund Silber zu Prasugrel im Praxiseinsatz

Welcher Patient profitiert stark, welcher nur ein bisschen?

ASS plus Clopidogrel über ein Jahr nach akutem Koronarsyndrom (ACS) mit oder ohne PCI ist heute gemäß den europäischen Leitlinien Standard. Prof. Dr. Sigmund Silber, Kardiologe in München, erläutert, welchen Stellenwert das seit Kurzem verfügbare Prasugrel in der Praxis hat.



Prof. Dr. med. Sigmund Silber

„Deutlicher klinischer Netto-Nutzen bei vielen Patienten ...“

? Wie passt das neue Prasugrel in die bisherige Standardtherapie nach ACS und PCI?

Silber: Um dies zu beurteilen, muss man Benefit und Risiko dieses neuen Thienopyridinderivats in den verschiedenen Populationen der großen Prasugrel-Clopidogrel-Vergleichsstudie TRITON-TIMI 38 genauer betrachten. Wenn man die absolute Zahl der Ereignisse – der verhinderten und der zusätzlichen – für die Gesamtgruppe in TRITON-TIMI 38 vergleicht, so werden durch Prasugrel im Vergleich zu Clopidogrel bei 1000 behandelten Patienten vier kardiovaskuläre Todesfälle und 22 nicht tödliche Myokardinfarkte verhindert. Dagegen stehen zwei zusätzliche fatale Blutungsereignisse und drei nicht tödliche schwere Blutungen.

? Gibt es Subgruppen, die besonders von Prasugrel profitieren?

Silber: Ja, besonders wichtig ist die Subgruppe der 3100 Diabetiker. Sie hatten durch Prasugrel im Vergleich zu Clopidogrel ein 30% erniedrigtes Risiko. Die absolute Rate an Ereignissen des primären Endpunkts wurde bei ihnen von 17,0 auf 12,2% gesenkt. Dies bedeutet, wenn 21 Diabetiker nach ACS und PCI ein Jahr Prasugrel statt Clopidogrel erhalten, wird ein Infarkt oder kardiovaskulärer Todesfall verhindert. Dieser Benefit wurde in dieser Gruppe ohne erhöhtes Blutungsrisiko erzielt.

? Gibt es noch weitere Subgruppen, die besonders profitieren?

Silber: Ja, für Patienten mit ST-Strecken-Hebungsinfarkt (STEMI) gilt Ähnliches.

Auch diese Kohorte von mehr als 3500 Patienten profitierte von Prasugrel ohne erhöhtes Blutungsrisiko. Das absolute Risiko für den kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod, nicht tödlichem Myokardinfarkt und nicht tödlichem Schlaganfall wurde von 12,4 auf 10,0% verringert, was einer NNT von 42 entspricht.

? Und welche Patienten hatten weniger Nutzen von Prasugrel?

Silber: Es gab leider auch Subgruppen, in denen das Blutungsrisiko höher war, sodass der Benefit der zuverlässigeren und wirksameren Plättchenhemmung dadurch eingeschränkt war. Es handelt sich hierbei um zwei Gruppen: die Patienten, die 75 Jahre oder älter waren, sowie diejenigen mit einem Gewicht unter 60 kg.

? Heißt das, dass diese beiden Gruppen nicht mit Prasugrel behandelt werden sollten?

Silber: Nicht unbedingt. Denn diese Patienten hatten auch keinen klinischen Netto-Nutzen davon, wenn sie Clopidogrel anstelle von Prasugrel erhielten. Es sollten jedoch unbedingt die Angaben in der Fachinformation hinsichtlich geeigneter Patientengruppen und Dosierungsanpassungen befolgt werden.

? Gibt es auch ACS-Patienten, die gar nicht für die duale Plättchenhemmung mit Prasugrel infrage kommen?

Silber: Ja, die gibt es auch. Patienten mit Schlaganfall oder transitorisch ischämischer Attacke (TIA) in der Anamnese schnitten in der Studie signi-

fikant besser ab, wenn sie Clopidogrel erhielten. Aus diesem Grund ist ein Zustand nach Apoplexie bzw. TIA eine Kontraindikation für Prasugrel.

? Was bedeutet dies alles nun für das praktische Vorgehen?

Silber: Bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom und geplanter perkutaner Koronarintervention sollte man zunächst die Frage nach einer früheren Apoplexie/TIA stellen. Liegt ein solches Ereignis vor, besteht eine Kontraindikation für Prasugrel. Bei den übrigen Patienten sind dann (nach der Standardinitialdosis von 60 mg) Körpergewicht und Alter in die Bewertung einzubeziehen. Bei einem Gewicht unter 60 kg oder einem Alter über 75 Jahren – sollte nicht, aber kann – Prasugrel gegeben werden, dann aber mit einer Erhaltungsdosis von 5 mg. Bei allen anderen ACS-Patienten nach PCI besteht in meinen Augen eine deutliche Indikation für Prasugrel, insbesondere bei Patienten mit STEMI und/oder Diabetes mellitus.

Impressum

Kongress Report Aktuell Nr. 1237 in MMW-Fortschritte der Medizin 30-33/2009

Berichterstattung: Sonja Böhm

Redaktion: Dr. Brigitte Schalthorn

Layout/Herstellung: Maren Krapp

Leitung Medical Communication:

Ulrich Huber (verantwortlich)

Auflage: 60.000

Druck: Stürtz GmbH, Würzburg

©Urban & Vogel GmbH, München,

Juli 2009

Mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH und von Daiichi Sankyo Deutschland