

### Durch Atherothrombose ganz besonders gefährdet

# „Polyvaskuläre“ Patienten identifizieren!

**BASEL – Zu den polyvaskulären Patienten zählen die, bei denen sich die Atherothrombose in mehr als einem Gefässbett manifestiert, z.B. mit akutem koronarem Syndrom und einer PAVK. Diese Gruppe von Patienten hat ein um das Zweifache erhöhtes Risiko, belegen aktuelle Daten des REACH-Registers, und bedarf eines ganz besonderen Schutzes. Mit einer einfachen ABI-Messung können Sie eine bislang unerkannte PAVK erkennen.**

„Die Atherothrombose muss als globale Erkrankung des gesamten Organismus betrachtet werden“, appellierte Dr. Christoph Kalka, Bern, bei der Jahrestagung der Schweizer Internisten in Basel an die Kollegen. Auch wenn sich die Atherothrombose zunächst nur in einem Gefässbett

klinisch manifestiere, der Patient in der Praxis „nur“ als Postinfarkt- oder Hirnschlag-Patient geführt werde, lohne es, nach den vaskulären Verhältnissen zu schauen. So findet sich z.B. bei über 60 % der PAVK-Patienten noch mindestens ein betroffenes anderes Gefässbett – also eine Atherothrombose der Koronarien oder der Hirngefässe – und auch bei 40 % der zerebrovaskulären Patienten ist eine Atherothrombose in mindestens einer weiteren Lokalisation nachweisbar, berichtete der Experte.

Solche polyvaskulären Patienten zu identifizieren macht Sinn, betonte Dr. Kalka beim *Satellitensymposium des Unternehmens sanofi aventis*. Denn: Im Vergleich zu denjenigen, bei denen nur ein Gefässbett betroffen ist, verdoppelt sich das Risiko, wenn zusätzlich zur koronaren oder zerebrovaskulären Erkrankung (CAD oder CVD) noch eine PAVK besteht (siehe Abb. 1).

#### Verdoppeltes Risiko

Dies beweisen die kürzlich publizierten Einjahres-Daten des REACH-Registers<sup>1</sup>. Sie bestätigen

auch die insgesamt hohe Gefährdung der Patienten: Jeder siebte mit bekannter arterieller Erkrankung erleidet innerhalb eines Jahres ein schweres kardiovaskuläres Ereignis wie kardiovaskulären Tod, Infarkt oder Schlaganfall, oder wird hospitalisiert; von den PAVK-Patienten betrifft dies sogar jeden fünften.

Dabei steigert die PAVK das Risiko nicht nur dann, wenn die typischen Claudicatio-Symptome vorliegen. Auch bei asymptomatischer PAVK ist die Sterblichkeit bereits deutlich erhöht, betonte Dr. Kalka: „Wir müssen auf diese Patienten besonders achten!“ Zu identifizieren sind die asymptomatischen PAVK-Patienten oft nur anhand eines erniedrigten Knöchel-Arm-Index (Ankle Brachial Index = ABI) mit einem ABI-Wert unter 0,9. „Sie müssen damit rechnen, dass einer von fünf über 65-Jährigen eine PAVK hat“, sagte Dr. Kalka. „Aber nur ein Drittel bis ein Zehntel von diesen hat auch typische Symptome der Schaufensterkrankheit!“ Das Screening von älteren Patienten mit Risikofaktoren per ABI-Messung sei daher ein wichtiger Aspekt für die Praxis.

#### Plättchenhemmer-Schutz lässt sich steigern

Wer polyvaskuläre Manifestationen einer Atherothrombose hat, also etwa zusätzlich zum Herzinfarkt oder Schlaganfall noch eine PAVK, der hat ein verdoppeltes vaskuläres Rezidivrisiko, zeigen aktuelle Einjahres-Daten des REACH-Registers. Diese Patienten benötigen eine effektive Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren.

Wirksamer als mit ASS lassen sich Patienten mit polyvaskulären Manifestationen der Atherothrombose durch die Therapie mit Clopidogrel (Plavix®) schützen. Dies bestätigt eine Subanalyse der CAPRIE-Studie\*. Patienten mit Mehrfachereignissen beim Einschluss in die Studie erfuhr durch Clopidogrel im Vergleich zu ASS eine deutlichere relative Risikoreduktion als die Gesamtgruppe der Studie. Absolut betrug die Differenz im Endpunkt vaskulärer Tod, Infarkt oder Schlaganfall zwischen der ASS und der Clopidogrel-Gruppe 23,8 zu 20,4 %. Dies bedeutet, dass nur 29 Patienten über drei Jahre Clopidogrel anstelle von ASS erhalten müssen, um eins dieser Ereignisse zu verhindern.

\* Ringleb et al. Stroke 2004; 35:528-532

Doch was passiert nach der Diagnose? Bisher leider häufig nicht allzu viel, bemängelte Dr. Kalka.

**Referenz:**  
<sup>1</sup> Steg PG et al., on behalf of the REACH Registry investigators JAMA 2007; 297: 1197-1206

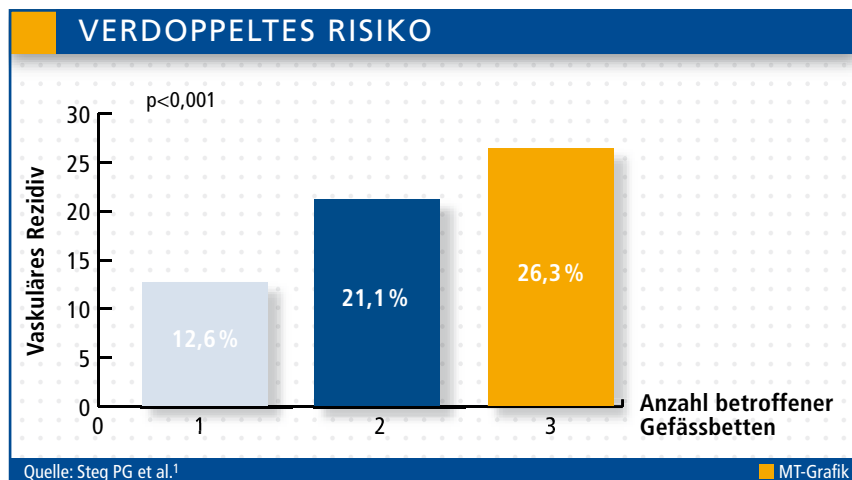


Abb. 1: Je mehr arterielle Gefässbetten betroffen sind, desto höher das Risiko. Polyvaskuläre Patienten weisen eine signifikant höhere Ereignisrate auf (vaskulärer Tod, Herzinfarkt, Hirnschlag oder Hospitalisierung).

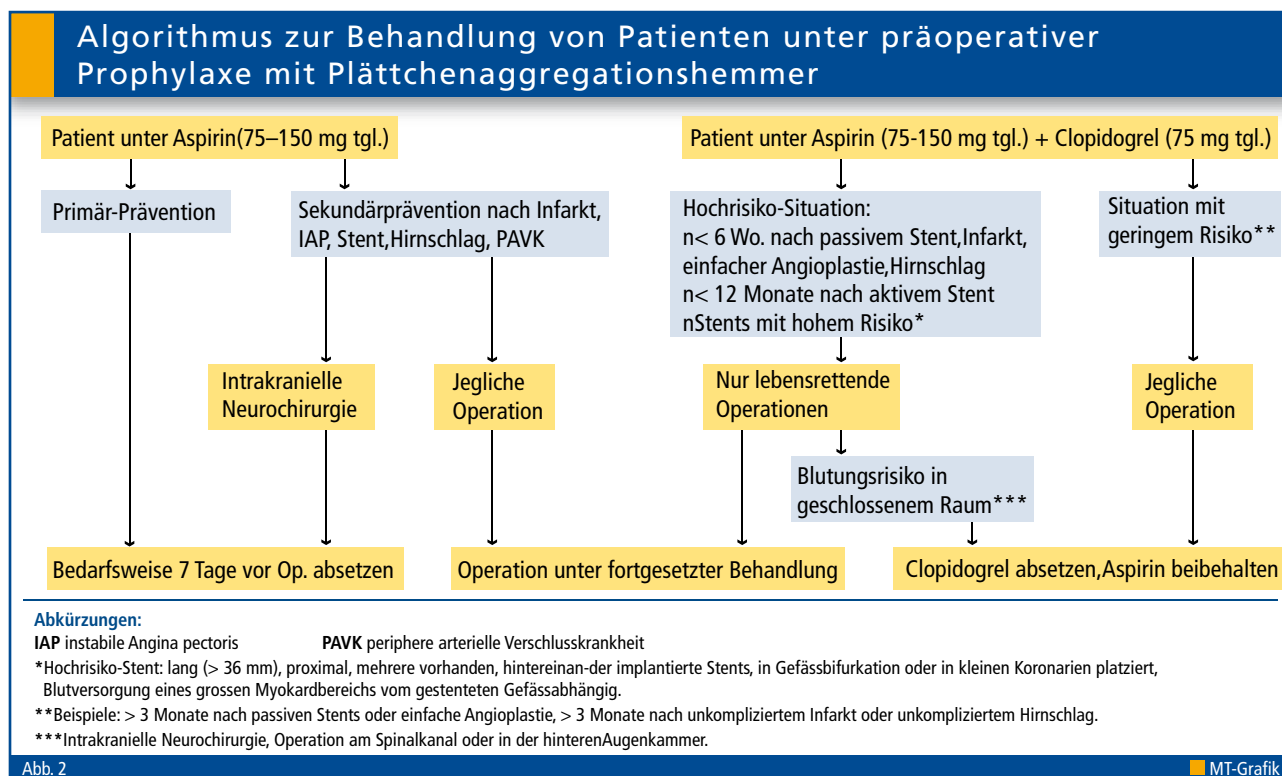
### Chirurgie und duale Plättchenhemmung

# Was wiegt schwerer – Blutungs- oder Thromboserisiko?

**BASEL – Duale Plättchenhemmung und plötzlich steht eine Operation an. Wie geht man in der Praxis mit diesem Dilemma um, wie sind Blutungs- und Thromboserisiko gegeneinander abzuwägen? Einige Tipps dazu gaben Professor Dr. Hans-Jürg Beer, Baden, und PD Dr. Pierre-Guy Chassot, Lausanne, beim Internistenkongress in Basel.**

„Wir werden zunehmend ein Volk iatrogenen Bluter“ mit diesen drastischen Worten beschreibt Prof. Beer den Umstand, dass heutzutage immer mehr Menschen langfristig Plättchenhemmer oder Antikoagulanzen erhalten. Was allerdings im Alltag hochwirksam vor Atherothrombosen schützt, kann in bestimmten Situationen, etwa wenn Operationen notwendig sind, aufgrund des erhöhten Blutungsrisikos Probleme verursachen.

ASS und Clopidogrel verhindern Stentthrombosen so lange sich das Endothel über der Gefässstütze noch nicht regeneriert hat. Beim beschichteten Stent (DES) dauert dieser Heilungsprozess deutlich länger, weshalb nach neuen Empfehlungen die duale Plättchenhemmung beim



DES für zwölf Monate empfohlen wird, beim nicht beschichteten Stent ohne akutes Koronarsyndrom (ACS) reichen dagegen sechs Wochen. Nach ACS sollten, auch ohne Stent-Behandlung, beide Plättchenhemmer entsprechend der CURE-Studie für 12 Monate gegeben werden.

Beim vorzeitigen Absetzen droht ein Rebound-Effekt, der das Thromboserisiko weiter erhöht, erläuterte

Dr. Chassot. In bis zu 30 % können dann Stentthrombosen auftreten und 20 bis 45 % dieser Thrombosen verlaufen tödlich. Im allgemeinen ist daher das Risiko viel geringer, wenn die Plättchenhemmung auch perioperativ beibehalten wird. Denn bei einer Operation unter ASS und Clopidogrel nimmt zwar das Blutungs- und Transfusionsrisiko um 30 bis 50 % zu, die operationsbedingte Morbidität

und Mortalität steigt jedoch nicht an – ausser bei speziellen Operationen, etwa bei intrakranieller Neurochirurgie, Operationen am Spinalkanal oder in der hinteren Augenkammer.

Dr. Chassot rät daher, elektive Operationen aufzuschieben. Sehr dringliche oder sogar lebensrettende Operationen während des Zeitraums des hohen Thromboserisikos sollten unter maximalem Schutz mit ASS,

Clopidogrel aber auch Statin und Betablocker erfolgen. Einen ausführlichen Algorithmus zum Vorgehen bei der Plättchenhemmung und chirurgischen Eingriffen haben Dr. Chassot und Professor Dr. Donat R. Spahn, Zürich, erstellt (siehe Abb. 2).

Prof. Beer erinnerte die Kollegen in seinem Vortrag auch daran, dass dem Hausarzt (und dem Patienten) nicht immer bewusst sein muss, dass eine zweifache Plättchenhemmung erfolgt. Denn oft werde ASS oder auch Ibuprofen aus anderen Indikationen genommen, ohne dass der Arzt informiert wird. Aber: Während Clopidogrel allein zu keinem erhöhten Risiko etwa für gastrointestinale Blutungen führt, steige dieses Risiko bei zusätzlicher ASS-Einnahme um mehr als das Siebenfache. Insgesamt, so Prof. Beer, ist davon auszugehen, dass unter Zweierkombinationen von Plättchenhemmern und Antikoagulanzen immer mit einem erhöhten Blutungsrisiko zu rechnen sei. Dies sei im Einzelfall immer gegen den Nutzen der Therapie abzuwägen.

**Quelle:**  
Chassot PG, Spahn DR: Plättchenhemmer & chirurgische Eingriffe, Algorithmus zur Behandlung von Patienten unter präoperativer Prophylaxe mit Plättchenhemmern

Die Karte „Plättchenaggregationshemmer & chirurgische Eingriffe“ mit Algorithmus ist per E-Mail [Plavix.CH@sanofi-aventis.com](mailto:Plavix.CH@sanofi-aventis.com) oder unter der Telefonnummer 022 989 03 37 bestellbar.

#### IMPRESSUM

**Idee und Konzeption:**  
INTER MEDICAL, Grosspeterstrasse 23  
Postfach, 4002 Basel  
**Information:** sanofi-aventis (suisse) SA  
**Objektleitung:** Dr. med. Christne Mücke  
**Redaktion:** Sonja Böhm, Winfried Powollik  
**Layout:** Patrik Brunner  
**Produktion:** Patrik Brunner

© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages

**Plavix®**: Clopidogrelum 75 mg. **Eigenschaften / Wirkung:** Clopidogrel ist ein spezifischer Thrombozytenaggregationshemmer und hemmt selektiv die Bindung von Adenosindiphosphat (ADP) an dessen Thrombozytenrezeptor. **Indikationen:** Prävention atherothrombotischer Ereignisse wie Herzinfarkt, Schlaganfall, vaskulär bedingter Tod nach kürzlich zurückliegendem Herzinfarkt, kürzlich zurückliegendem Schlaganfall oder bei manifester peripherer arterieller Verschlusskrankheit. In Kombination mit ASS bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina Pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt), Prävention thrombotischer Ereignisse nach Koronarstentimplantation, in Kombination mit ASS. **Dosierung:** 1x täglich 1 Filmtablette. Akutes Koronarsyndrom und Stent: Ladedosis 300 mg, dann 1x täglich 1 Filmtablette langfristig in Kombination mit ASS. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen anderen Bestandteil des Arzneimittels, Organläsionen mit Blutungsneigung, schwere Leberinsuffizienz, hämorrhagische Diathesen. **Vorsichtsmassnahmen:** Vorsicht ist geboten bei Patienten mit erhöhter Blutungsneigung. **Interaktionen:** Vorsicht bei Patienten, die mit ASS, NSAIDs, Antikoagulantien oder Fibrinolytika behandelt werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Überempfindlichkeitsreaktionen, gastrointestinale Störungen, Blutungsstörungen, hämatologische Störungen. **Packungen:** Filmtablette zu 75 mg, 28\* und 84\* (B). **Vertrieb:** Sanofi / Bristol-Myers Squibb, 1217 Meyrin. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz (Supplement 3/05) oder [www.documed.ch](http://www.documed.ch).