

Atherothrombotisches Risiko senken

Auch die Beine im Auge behalten

BASEL – So mancher Hirnschlag und noch viel mehr Herzinfarkte liessen sich vermeiden, wenn man rechtzeitig die Beine unter die Lupe nehmen würde^{1,2,3}. Bei einem Symposium im Rahmen der SGIM-Jahrestagung 2005 in Basel, das von Bristol-Myers Squibb und Sanofi-Aventis unterstützt wurde, setzte sich Professor Dr. Daniel Hayoz dafür ein, das Krankheitsbild der Atherothrombose global zu sehen und besonders auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) als Marker-Erkrankung zu achten. Diese kann mit Hilfe des ABI sehr einfach diagnostiziert werden.

Mit der ABI-Messung (Ankle-Brachial-Index) kann jeder niedergelassene Arzt einfach, schnell und zuverlässig eine Aussage über den Gefässzustand und das individuelle Atherothrombose-Risiko eines Patienten machen. Wenn das Verhältnis zwischen systolischem Blutdruck am Knöchel und am Oberarm den Wert von 0,9 unterschreitet, muss von einer PAVK ausgegangen werden. Dieser Grenzwert von 0,9 weist eine Sensitivität und Spezifität von 95 % auf, das haben angiographische Kontrollen belegt. Von einer kritischen Beinischämie muss bei Werten $\leq 0,4$ ausgegangen werden.

ABI-Messung in der Praxis

Im Rahmen des Swiss Atherothrombosis Survey (SAS) haben

261 befragte Ärzte bestätigt, dass sich die unkomplizierte ABI-Messung problemlos in den Praxisalltag integrieren lässt¹. Dieser Survey hat ebenfalls gezeigt, dass bei 42 % der vaskulären Risikopatienten die PAVK bisher nicht bekannt war.



Professor Dr. Daniel Hayoz, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Durch die Früherkennung der PAVK als Marker des atherothrombotischen Risikos kann rechtzeitig mit einer dem Risikofaktoren-Profil angemessenen Therapie begonnen werden. Als ganz besonders gefährdet gelten Diabetiker und Raucher. Weitere häufige Begleiter-

scheinungen der PAVK: Hypertonie und Dyslipidämie.

Erst PAVK – und dann ?

Wie sich das atherothrombotische Risiko bei Patienten mit einer PAVK sowie bei Patienten nach einem Myokardinfarkt oder Hirnschlag entwickelt, hat Prof. Hayoz erläutert: PAVK-Patienten sind demnach kardio- und zerebrovaskuläre Hochrisikopatienten (Tabelle). Patienten mit PAVK haben ein stark erhöhtes Risiko, einen Hirnschlag oder Herzinfarkt zu erleiden und 30 % sterben an den Folgen der vaskulären Erkrankung innerhalb von fünf Jahren⁶. Doch de facto wird dieser Tatsache in der Praxis kaum Rechnung getragen: Obwohl bei Patienten mit PAVK und koronarer Herzkrankheit dieselben Risikofaktoren als Auslöser bekannt sind, erhalten deutlich weniger PAVK-Patienten eine lipidsenkende oder antihypertensive Therapie als koronare Risikopatienten. Dasselbe gilt für die Antiplatelet-Therapie.

Allgemeine Therapie-Empfehlungen: ASS ist bei allen PAVK-Patienten mit niedrigem Risiko indiziert. Clopidogrel (Plavix®) kann bei erhöhtem Risiko eingesetzt werden, also bei Patienten mit PAVK nach Herzinfarkt/instabiler

Angina pectoris, nach einem Hirnschlag oder TIA, bei diabetischen PAVK-Patienten sowie bei Patienten mit PAVK und zwei vaskulären Risikofaktoren.

Fazit von Prof. Hayoz: Bei den über 55-Jährigen fällt eine hohe Prävalenz der PAVK auf, wobei allerdings rund die Hälfte asymptomatisch ist. Das Risiko für vaskuläre Komplikationen liegt bei PAVK-Patienten jedoch in derselben Gröszenordnung wie bei Patienten mit koronaren und zerebrovaskulären Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund hat die ABI-Messung einen bedeutenden Stellenwert. Patienten

mit PAVK profitieren mindestens in gleicher Weise von medikamentösen Interventionen wie jene mit anderen Manifestationen der Atherothrombose⁷.

Quellen:

- Hayoz D., Bounameaux H., Canova C., J Int Med 2005; 258: 238–243
- Adult Treatment Panel II. Circulation 1994; 89: 1333–1435
- Kannel WB. J Cardiovasc Risk 1994; 1: 333–339
- Wilterdink JJ, Easton JD. Arch Neurol 1992; 49: 857–863
- Criqui MH et al. N Engl J Med 1992; 326: 381–386
- Belch J et al. Arch Intern Med 2003; 163: 884–892
- CAPRIE Steering Committee. Lancet 1996; 348: 1329–1339

Erhöhtes Atherothrombose-Risiko

	Erhöhtes MI-Risiko*	Erhöhtes Hirnschlag-Risiko*
PAVK	4 x erhöhtes Risiko ⁵ (letaler MI und andere KHK-bedingte Todesfälle)	2–3 x erhöhtes Risiko ³ (einschliesslich TIA)
Post-MI	5–7 x erhöhtes Risiko ² (einschliesslich Todesfälle)	3–4 x erhöhtes Risiko ³ (einschliesslich TIA)
Post-Hirnschlag	2–3 x erhöhtes Risiko ³ (einschliesslich Angina und plötzlicher Herztod ¹)	9 x erhöhtes Risiko ⁴

Interview mit Kardiologe und Gesundheitsökonom zum Einsatz von Clopidogrel

Therapie am Risiko orientieren

? In welchen Situationen kann heute Clopidogrel verschrieben werden?



PD Dr. Franz Eberli, Leitender Arzt Kardiologie, Leiter invasive Kardiologie, Universitätsspital Zürich

Dr. Eberli: Wir ordnen heute Patienten mit bewiesener Atherothrombose, d.h. Patienten nach Herzinfarkt, Hirnschlag oder mit PAVK Clopidogrel. Die langfristige duale Plättchenhemmung mit Clopidogrel und ASS hat v.a. beim akuten Koronarsyndrom und bei der Stentimplantation ihren deutlichen Nutzen gezeigt. Nach einem zerebrovaskulären Ereignis ist mit Clopidogrel bei geringeren Blutungskomplikationen eine bessere Sekundärprophylaxe als mit ASS zu erreichen.

? In welchen Situationen ist eine Therapie mit Clopidogrel unerlässlich?

Dr. Eberli: Clopidogrel wird in der Sekundärprophylaxe nach akutem Koronarsyndrom eingesetzt, weil die Patienten davon bezüglich der geretteten Lebensjahre profitieren. Diese Indikation ist eindeutig belegt; weiterhin brauchen wir Clopidogrel unbedingt nach perkutanen Interventionen, um eine subakute Stent-Thrombose zu verhindern und um neue kardiovaskuläre Ereignisse bis zu einem Jahr zu vermindern. Bei diesen Indikationen ist Clopidogrel kosteneffizient.

? Wie sieht es mit dem langfristigen Schutz vor den Folgen der Atherothrombose aus?

Dr. Eberli: Das ist eine ungelöste Frage. Das Risiko einer subakuten

Stent-Thrombose ist nach etwa sechs Monaten auch beim Einsatz von medikamentös beschichteten Stents überstanden. Schon heute geben wir also Clopidogrel in der zweiten Hälfte des Jahres zum



Prof. Dr. Thomas Szucs, Leiter Abteilung Med. Ökonomie, Universitätsspital Zürich

Schutz vor weiteren kardiovaskulären Ereignissen. Denn es ist belegt, dass in den ersten 6–12 Monaten nach dem akuten Koronarsyndrom vermehrt mit erneuten Ereignissen gerechnet werden muss. Für die Zeit nach einem Jahr haben wir keine Daten. Daher ist es sinnvoll, vor einer Langzeittherapie eine Risikostratifizierung durchzu-

führen. Hochrisikopatienten mit wiederholten Ereignissen, PAVK, Diabetes oder zwei vaskulären Risikofaktoren sollten eine lebenslange Therapie mit Clopidogrel bekommen.

? Wie stellen sich die Krankenkassen zur Therapie mit Clopidogrel?

Prof. Szucs: Die Kassen erwarten konkrete Zahlen, welche sich aus der Epidemiologie und den Leitlinien berechnen lassen. Das bietet die notwendige Planungssicherheit: die Kassen wissen, was in den nächsten zwei bis drei Jahren finanziell auf sie zukommt. Entsprechende Studien müssten von der SGK und den Universitäten initiiert werden.

? Wie sieht es in der Praxis aus? Werden die Kosten von den Kassen übernommen, wenn der niedergelassene Kollege einem

Hochrisikopatienten Clopidogrel verordnet?

Dr. Eberli: Anfänglich gab es einige Fälle bei denen die Kassen die Kosten für Clopidogrel nicht übernehmen wollten, obwohl das Präparat dringend nötig ist zur Verhinderung einer Stent-Thrombose und dazu keine Alternative existiert. Inzwischen übernehmen die Kassen die Kosten für die Sekundärprophylaxe nach Stent-Implantation und nach akutem Koronarsyndrom.

Prof. Szucs: Man kann das auf einen einfachen Nenner bringen: WZW – Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit. Wenn diese drei Kriterien erfüllt sind, ist die Kostenübernahme durch die Kassen zwingend. Clopidogrel erfüllt alle diese drei Kriterien.

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.

Idee und Konzeption: INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368, 4020 Basel
Information: Bristol-Myers Squibb GmbH und Sanofi-Aventis
Redaktion: Renate Weber, Winfried Powollik, Dr. med. Christine Mücke
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patrik Brunner
© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.