

KHK: Risikopatienten intensiver behandeln

Neue europäische Leitlinien empfehlen, bei chronischem Koronarsyndrom eine Intensivierung der antithrombotischen Therapie zu erwägen, wenn ein hohes Risiko vorliegt. Dies ist der Fall bei Patienten mit Mehrgefäß-KHK, nach Infarkt, sowie bei KHK-Patienten mit PAVK, Diabetes oder Nierenschwäche.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten der Intensivierung, erläuterte Prof. Keith Fox von der Universität Edinburgh/Schottland: Entweder man gibt zu ASS einen zweiten Plättchenhemmer (Clopidogrel 75 mg/d, Prasugrel 10 mg/d, Ticagrelor 2 × 60 mg/d), oder niedrigdosiertes Rivaroxaban (Xarelto®, 2 × 5 mg/d).

Patienten mit chronischem Koronarsyndrom haben ein substanzielles Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen. Wenn mehrere Risikofaktoren vorliegen, erleidet jeder Vierte in vier Jahren einen Infarkt, Schlaganfall oder Tod. Prof. John Eikelboom von der McMaster Universität in Hamilton/Kanada zeigte anhand der Ergebnisse der COMPASS-Studie auf, wie deutlich die Risiken sinken, wenn mit ASS/Rivaroxaban behandelt wird: „Die Kombination reduzierte gegenüber ASS das Risiko für den Endpunkt Tod/Infarkt/Insult um ein Viertel, für Schlaganfälle um 50%, für Amputationen bei PAVK-Patienten ebenfalls um die Hälfte. Die Mortalität sinkt um 20%.“ Auf der anderen Seite stieg das Risiko für schwere Blutungen um 75%.

Therapie-Intensivierung lohnt sich bei folgenden Risiken

Eikelboom arbeitete den „klinische Nettutzen“ für bestimmte Risikogruppen heraus. Bei Patienten mit Mehrgefäßkrankungen oder Herzinsuffizienz verhindert das duale Regime unter 1.000 Patienten in 30 Monaten 60 bzw. 44 schwere Komplikationen (Tod, Infarkt, Insult), ohne zusätzliche Blutungen. Bei Patienten mit Nierenschwäche oder Diabetes sind es 36 bzw. 31 schwere Komplikationen weniger, zum Preis von 5 bzw. 4 schweren Blutungen.

Satellitensymposium „Vascular protection – which of your patients with chronic coronary artery disease will benefit?“, Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), Paris, 31.08.–04.09.2019, Veranstalter: Bayer, Bericht: Dr. Dirk Einecke

Wieder alltagsfit

Antikörper reduziert Migräne-Attacken

Migränepatienten benötigen eine gut wirksame und gut verträgliche Prophylaxe. Durch Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) ist hier ein wichtiger Fortschritt erreicht worden.

Übliche Prophylaktika werden von vielen Patienten wegen schlechter Verträglichkeit nicht langfristig eingenommen, so PD Dr. Ruth Ruscheweyh, München. Mit CGRP-Antikörpern wie Fremanezumab (Ajovy®) ist jetzt eine spezifisch wirkende und gut verträgliche Migräneprophylaxe verfügbar. Fremanezumab, das monatlich (225 mg) oder vierteljährlich (675 mg) s.c. injiziert werden kann, hat sich auch bei schwierig zu behandelnden Patienten bewährt. In der FOCUS-Studie konnten bei

Migränepatienten mit zwei, drei oder vier erfolglosen Vorthérapien Ansprechraten von bis zu 40% erreicht werden. Die monatlichen Migränetage wurden um 4,1 Tage (monatliche Dosis) bzw. 3,7 Tage (Quartalsdosis) reduziert (Placebo: 0,6 Tage; $p < 0,0001$). Bei Studienteilnehmern mit mittelgradiger bis starker Depression, eine häufige Komorbidität von Migränepatienten, war Fremanezumab noch wirksamer als in der Gesamtgruppe. Die Zahl der monatlichen Migränetage sank um rund sechs Tage (vs. –2,3 Tage Placebo, $p < 0,001$). Gleichzeitig nahm die depressive Symptomatik klinisch relevant ab.

Symposium „Changing Migraine – neue Therapiehorizonte erschließen!“, DGN-Kongress, Stuttgart, 26. September 2019, Veranstalter: Teva, Bericht: Roland Fath

Rhinosinusitis und Bronchitis

Leichte Infekte pflanzlich angehen

Bei leichten Infekten der oberen und unteren Atemwege empfehlen die Leitlinien pflanzliche Arzneimittel.

In der überarbeiteten Husten-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie wird die Wirksamkeit von Kombipräparaten aus Efeu und Thymian sowie Primel und Thymian (Bronchipret®) durch randomisiert-kontrollierte Studien beschrieben, berichtete Dr. Sören Schmidtman, Berlin. In der neuen Leitlinie sei auch die Datenlage anderer pflanzlicher Präparate als ausreichend bewertet worden, darunter Präparate aus Efeu, Cineol, Myrtol oder Pelargonium sidoides. Die Leitlinie hebe hervor, dass die Datenlage für die Phytotherapeutika in der Indikation akute Bronchitis häufig besser sei als für synthetische Expektorantien, so Schmidtman.

Es ist nicht immer ein Antibiotikum notwendig!



© Thomas Lammeyer / panthermedia (Symbolbild mit Fotomedell)

In der Rhinosinusitis-Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 017/049) werde bei akuter Rhinosinusitis ein patentierter (Misch-) Extrakt (BNO 1016, Sinupret® extract) empfohlen. „Auch Dekongestiva, Eukalyptusextrakte sowie Schmerzmittel werden positiv bewertet“, sagte Dr. Renate Sacker, München. Für chemisch-synthetische Komplexmittel hingegen gebe es keine Empfehlung.

Veranstaltung: „Einsatz von Antibiotika bei Atemwegsinfekten? Zeit für einen Paradigmenwechsel!“, München, 15. Mai 2019, Veranstalter: Bionorica SE, Bericht: Dr. Michael Hubert