

AMB 2007, 41, 48b

Leserbrief

Beschichtete koronare Stents

Dr. U.L. aus Homburg/Saar schreibt: >> Die Experten-Empfehlungen der österreichischen Kollegen zur antithrombotischen Therapie bei bereits antikoagulierten Patienten (1) sollten aus meiner Sicht nicht unkritisch übernommen werden. Eine Reduktion der Herzinfarkt-Inzidenz oder der Sterblichkeit ist für Medikamenten-beschichtete Stents (DES) im Vergleich zu unbeschichteten Stents (BMS) nicht nachgewiesen. Der Vorteil der DES in Bezug auf die kombinierten Endpunkte in den Vergleichsstudien mit BMS wird durch angiographische Endpunkte begründet (Beispiel: In-stent-Restenose). Die Relevanz dieser koronarmorphologischen Endpunkte für Symptomatik oder Prognose der Patienten ist nicht nachgewiesen. Daher ergibt sich aus den vorliegenden Studien aus der Sicht unseres Katheterlabors, dass eine Antikoagulation (z.B. bei Vorhofflimmern) ebenso wie das Risiko der Unterbrechung einer ununterbrochenen kombinierten Gabe von Clopidogrel plus ASS für 6-12 Monate (z.B. durch schlechte Einnahmetreue, bei kleinen operativen Eingriffen, bei Anämie) Kontraindikationen für die Implantation eines DES sind. Insofern ist die dargestellte Tab. 2 sehr irreführend (1). Bei einer Indikation zur oralen Antikoagulation sollte kein DES implantiert werden. <<

Antwort: >> Die „Empfehlungen zur Kombinationsprophylaxe“ in der Tab. 2 sind nicht als generelle Handlungsanweisung für die Routine zu verstehen, sondern als Hilfe zur Abschätzung des möglichen Nutzens und des potenziellen Schadens eines Behandlungsverfahrens in seltenen Situationen. So geht aus Tab. 1 hervor, dass mit 4%-9% relevanten Blutungen bei dreifacher antithrombotischer Prophylaxe gerechnet werden muss. In aller Regel wird man daher bei antikoagulierten Patienten keinen DES einsetzen. Im Text unseres Artikels heißt es deshalb auch: „Generell ist ... zu empfehlen, bei diesen Patienten möglichst keinen Stent zu verwenden, der eine dreifache antithrombotische Prophylaxe notwendig macht. Die Wahl sollte daher bei bereits antikoagulierten Patienten eher auf einen BMS fallen, so dass Clopidogrel nach einem Monat wieder abgesetzt werden kann“. Insofern deckt sich unser Artikel mit Ihrer Einschätzung. Eine absolute Kontraindikation für DES bei antikoagulierten

Patienten sehen wir allerdings nicht. Es gibt doch z.B. inoperable, antikoagulierte Patienten mit sehr komplexen Koronarstenosen, bei denen auch kritische Kardiologen im Einzelfall einen DES für angezeigt halten.

Die gleichen abwägenden Überlegungen sind natürlich auch bei Patienten anzustellen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass Clopidogrel nicht kontinuierlich für 6-12 Monate eingenommen wird. Auch bei diesen Patienten kann auf Grund der Ausgangssituation in Einzelfällen ein DES für notwendig gehalten werden, in der Regel aber nicht.

So gesehen sind unseres Erachtens die österreichischen „Anregungen zur Risikoabwägung“ für Ausnahmesituationen doch wichtig. Diese Formulierung wäre vielleicht weniger missverständlich gewesen als die von uns gewählte Tabellenüberschrift „Empfehlungen zur antithrombotischen Kombinationsprophylaxe“. <<

Literatur

1. AMB 2007, **41**, 25.