



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007

**Abciximab-Wirkung in Abhängigkeit vom Abstand der
Clopidogrel-Aufsättigung zur Intervention bei Patienten
mit akutem Koronarsyndrom:
Eine Untergruppenanalyse der ISAR-REACT-2-Studie**

PD Dr. Jürgen Pache, München

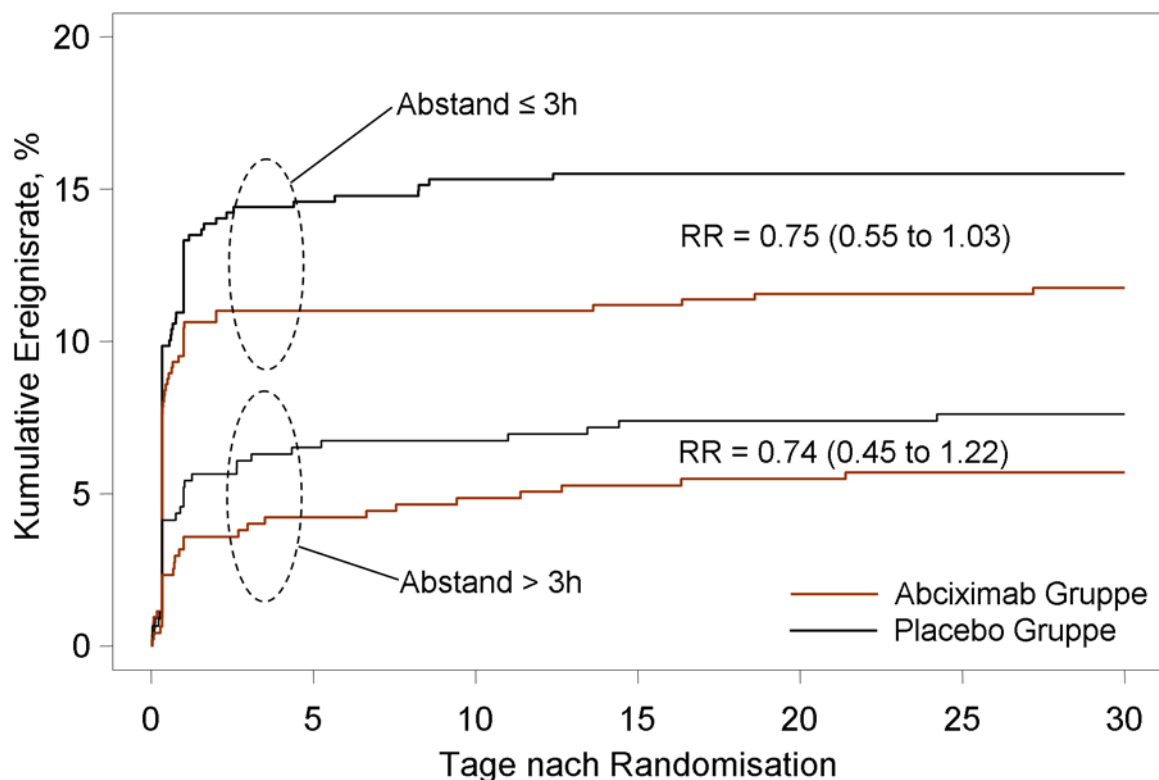
Donnerstag, 12. April 2007 (Maritim, Saal Kiel), 8 – 9.30 Uhr

Eine hohe Sättigungsdosis mit mindestens 300 Milligramm Clopidogrel ist mittlerweile Standard in der Vorbehandlung von Patienten vor perkutanen Koronarinterventionen. Durch eine Vorbehandlung mit 600 Milligramm Clopidogrel kann dabei bei Patienten mit stabiler Angina Pectoris auf die periinterventionelle Gabe eines GP IIb/IIIa-Antagonisten verzichtet werden (Ergebnis der ISAR-REACT-Studie). Experimentelle Daten zeigten, dass die hohe Sättigungsdosis mit 600 Milligramm zu einer sehr viel schnelleren antithrombozytären Wirkung führt als niedrigere Dosierungen. Eine Patientengruppe, bei der es auf eine rasche interventionelle Therapie unter optimaler Plättchenaggregationshemmung ankommt, ist die Gruppe mit akutem Koronarsyndromen. Diese Patienten wurde von der ISAR-REACT-2-Studie (Intracoronary Stenting and Antithrombotic Regimen: Rapid Early Action for Coronary Treatment 2 Trial) untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Gabe von Abciximab zusätzlich zu einer Sättigungsdosis von 600 Milligramm Clopidogrel das Risiko den primären, kombinierten Endpunkt aus Tod, Myokardinfarkt und Zielgefäßrevaskularisierung zu erreichen, um 25 Prozent gesenkt wurde. Dieses Ergebnis war besonders in der Patientengruppe mit erhöhten Troponinwerten evident. Ist nun der Ergebnisunterschied in den beiden Studien zwischen Patienten mit stabiler Angina Pectoris und Patienten mit akutem Koronarsyndrom hauptsächlich auf einen schnelleren Wirkungseintritt der Thrombozytenaggregationshemmung durch Abciximab in der Phase noch fehlender Clopidogrelwirkung zurückzuführen? Gibt es also eine unterschiedliche klinische Wirksamkeit der Abciximab-Therapie in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Clopidogrel-Einnahme zur Intervention?

Um diese Frage zu beantworten, führten wir eine vordefinierte Analyse der 2022 Patienten der ISAR-REACT-2-Studie durch. Die Patienten wurden in zwei Gruppen abhängig vom Zeitraum der Clopidogrel-Einnahme zur Koronarintervention eingeteilt, und beide Gruppen waren noch jeweils unterteilt in eine Untergruppe mit Abciximab-Therapie oder Placebo. Der Median von drei Stunden war die Trenngrenze. Primärer Endpunkt der Studie war die Inzidenz von unerwünschten kardialen Ereignissen (MACE) innerhalb von 30 Tagen.

Bei 1086 Patienten lag das Intervall zwischen der Clopidogrel-Sättigung von 600 Milligramm und der PCI innerhalb von drei Stunden, bei 939 Patienten betrug es mehr als drei Stunden. Die Gruppe mit dem kürzeren Zeitintervall von Clopidogrel-Einnahme zur PCI zeigte ein höheres Risikoprofil, was sich vor allem an der höheren Rate an Patienten mit erhöhten Troponinwerten zeigte. Innerhalb dieser Gruppe gab es keine Unterschiede der demographischen Daten, während in der Gruppe mit dem längeren Zeitintervall die Patienten in der Abciximab-Gruppe jünger waren. Der primäre Endpunkt wurde in der Gruppe mit kürzerem Zeitintervall signifikant häufiger erreicht (13,6 % vs. 6,6 %, $p < 0,001$). Sowohl innerhalb der Gruppe mit dem kürzeren Zeitintervall führte die Therapie mit Abciximab zu einer 25 %-igen Risikoreduktion (11,7 % vs. 15,5 %), ebenso wie innerhalb der Gruppe mit dem längeren Zeitintervall (5,7 % vs. 7,6 %). Nach Adjustierung signifikanter demographischer Variablen zeigte in der multivariaten Analyse keine Interaktion zwischen der Abciximab-Wirkung und dem Abstand der Clopidogrel-Einnahme zur Intervention ($p = 0,56$).

Die Wirkung einer Abciximab-Therapie bei Patienten mit ACS ist unabhängig vom Zeitintervall der Clopidogrel-Einnahme. Die unterschiedliche Ereignisrate in beiden Gruppen ist eher auf das unterschiedliche Risikoprofil, als auf eine fehlende Clopidogrelwirkung zurückzuführen.



Primärer Endpunkt in den Gruppen mit kürzerem und längerem Zeitintervall in Abhängigkeit zur Studienmedikation (RR = relatives Risiko)