

Abciximab bei akutem Infarkt

r -- Montalescot G, Barragan P, Wittenberg O et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibition with coronary stenting for acute myocardial infarction. N Engl J Med 2001 (21. Juni); 344: 1895-903

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Franz R. Eberli

Studienziele

In Kombination mit einer Angioplastie oder Stenteinlage senken Glykoprotein-IIb/IIIa-Hemmer möglicherweise die Häufigkeit von ischämischen Komplikationen oder Restenosen, was in dieser Studie (ADMIRAL-Studie) genauer untersucht wurde.

Methoden

300 Personen, bei denen wegen eines akuten Herzinfarktes eine Koronarangiografie geplant war, erhielten neben Acetylsalicylsäure und Heparin vor dem Eingriff doppelblind entweder den Glykoprotein-IIb/IIIa-Hemmer Abciximab (ReoPro®) oder Placebo. Bei fast allen Personen wurde ein Stent eingelegt. Weitere Koronarangiografien fanden nach 24 Stunden und nach 6 Monaten statt. Der primäre Endpunkt setzte sich aus Tod, Reinfarkt und notfallmässiger Revaskularisation zusammen.

Ergebnisse

In der Abciximab-Gruppe war der primäre Endpunkt nach einem Monat bei 9 (6%), nach sechs Monaten bei 11 Personen (7%) aufgetreten. In der Placebo-Gruppe betrug die entsprechende Personenzahl 22 (15%) bzw. 24 (16%). Der grösste Unterschied war in der ersten Woche nach dem Infarkt zu verzeichnen. Der Fluss durch das stenosierte Koronargefäss war in der Abciximab-Gruppe schon vor der Koronarangiografie (Stentimplantation) wie auch danach besser als in der Placebo-Gruppe. Die linksventrikuläre Auswurfraction war in der Abciximab-Gruppe nach 24 Stunden sowie nach sechs Monaten ebenfalls höher als nach Placebo. Nebenwirkungen, die unter Abciximab signifikant häufiger beobachtet wurden als unter Placebo, waren kleinere Blutungen und Hämatome in der Leiste.

Schlussfolgerungen

Beim akuten Herzinfarkt verbessert Abciximab die Durchgängigkeit der Koronargefässe und die Prognose nach einer Stentimplantation.(TW)

Im akuten Koronarsyndrom führt eine Plaqueruptur zu einer Thrombosebildung, welche über den aktivierten Glykoprotein-IIb/IIIa-Rezeptor vermittelt wird. Die fünf hier vorgestellten Studien untersuchten den Wert der Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren Tirofiban und Abciximab in der Behandlung des akuten Koronarsyndroms.

Bei der instabilen Angina pectoris und beim Nicht-STHe-

bungsinfarkt hatten fünf vorausgehende Studien einen günstigen Effekt der Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren Tirofiban und Eptifibatid (Integrilin®) gezeigt. Das negative Resultat von Abciximab in der GUSTO-IV-ACS-Studie ist eine Ausnahme, die nicht durch die schlechtere Wirkung von Abciximab erklärt werden kann. In der TARGET-Studie zeigte sich nämlich, dass Abciximab mindestens so wirksam ist wie Tirofiban. Die fehlende Wirksamkeit von Abciximab in der GUSTO-IV-ACS-Studie ist vielmehr auf die Auswahl der Personen mit niedrigem Risiko (nur 5 Min. Thoraxschmerzen, wenige EKG-Veränderungen und wenig positive kardiale Enzyme) und, noch wichtiger, auf die konservative Behandlung der Kranken zurückzuführen. Auch in vorausgehenden Studien haben nur Personen mit hohem Risiko, die invasiv abgeklärt und revaskularisiert wurden, von Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren profitiert.

Dies wurde in der TACTICS-Studie erneut klar gezeigt. Kranke mit instabiler Angina pectoris, welche früh invasiv abgeklärt wurden, haben davon profitiert. Aber den grössten Nutzen haben Personen mit hohem Risiko (dynamische EKG-Veränderungen und positive kardiale Enzyme) davon gehabt. Die «American Heart Association» wird daher in den überarbeiteten Richtlinien eine risikospezifische Behandlung des akuten Koronarsyndroms empfehlen. Personen mit niedrigem Risiko können konservativ ohne Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren behandelt werden. Personen mit hohem Risiko sollen früh unter dem Schutz von Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren revaskularisiert werden.

In der Behandlung des akuten Myokardinfarktes sind Glykoprotein-IIb/IIIa-Inhibitoren in Kombination mit der Fibrinolyse (jedoch nicht mit Streptokinase [Streptase®]!) oder mit primärer perkutaner koronarer Intervention sehr hilfreich für das Erlangen einer schnellen Reperfusion und das Verhindern einer Rethrombosierung und sollten daher grosszügig eingesetzt werden. Trotz der fehlenden Mortalitätsreduktion in der GUSTO-V-Studie ist dieses Lyse-Schema sehr attraktiv, weil bei Versagen der Lyse eine notfallmässige Angioplastie sicher durchgeführt werden kann. Die Kombination von Lyse im Regionalhospital und, wenn nötig, die notfallmässige perkutane Revaskularisation im Zentrumspital dürfte sich als effizienteste Revaskularisationstherapie des akuten Myokardinfarktes in der Schweiz durchsetzen.

Franz Eberli