

Clopidogrel vs. ASS zur Sekundärprävention bei KHK

Datum: 15.11.2023

Original Titel:

Comparison of Antiplatelet Monotherapies After Percutaneous Coronary Intervention According to Clinical, Ischemic, and Bleeding Risks

Kurz & fundiert

- Monotherapie mit Clopidogrel oder ASS zur Sekundärprävention bei KHK?
- Patienten nach perkutaner Koronarintervention und DAPT, ohne Ereignis über 6 - 18 Monate
- Post-Hoc-Analyse über randomisierte Studie mit 5 403 Patienten über 2 Jahre
- Geringeres Risiko für weitere Ereignisse mit Clopidogrel, unabhängig vom Risikostatus
- Behandlungsvorteil mit Clopidogrel versus ASS

MedWiss - In einer nachträglichen Analyse einer Studie mit 5 403 Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) wurde der Effekt von Monotherapien mit Clopidogrel oder ASS zur Sekundärprävention nach einer perkutanen Koronarintervention untersucht. Mit Clopidogrel kam es konsistent zu weniger thrombotischen und Blutungs-Ereignissen als mit ASS, und dies sowohl bei Patienten mit hohen oder niedrigen klinischen, ischämischen Risiken sowie Blutungs-Risiken.

In einer perkutanen Koronarintervention (PCI) wird ein Herzkatheter eingesetzt, um ein verschlossenes oder verengtes Herzkranzgefäß zu weiten oder öffnen. Die Intervention stellt so beispielsweise bei einem akuten Koronarsyndrom mit Unterversorgung des Herzens (Myokardischämie) die Herzmuskeldurchblutung wieder her. Anschließend an die Intervention haben Patienten jedoch häufig weiterhin ein erhöhtes Risiko für Ablagerungen und Verengungen in den Koronararterien und somit Folgeereignisse. Anschließend erhalten die Patienten typischerweise eine duale antithrombozytäre Therapie (DAPT), die blutverdünnend wirkt und zu starke Blutgerinnung verhindert. Ziel der vorliegenden Analyse war es, zu ermitteln, wie effektiv eine Monotherapie mit Clopidogrel versus ASS (Acetylsalicylsäure) zur Sekundärprävention nach einer PCI ist.

Monotherapie mit Clopidogrel oder ASS zur Sekundärprävention bei KHK

Dieser Bericht basiert auf einer Post-hoc-Analyse der HOST-EXAM-Studie (Harmonizing Optimal Strategy for Treatment of coronary artery diseases-EXtended Antiplatelet Monotherapy) mit Patienten, die über 6 - 18 Monate nach einer PCI unter DAPT kein erneutes Ereignis erlebten. Die Patienten wurden randomisiert eine Monotherapie mit entweder Clopidogrel oder ASS zugewiesen. Je nach individuellem Risiko wurden die Teilnehmer in Gruppen mit hohem oder niedrigem Risiko eingeordnet. Dies basierte auf dem DAPT-Score und dem TRS 2°P (Thrombolysis In Myocardial Infarction Risk Score for Secondary Prevention), in den Aspekte wie das Alter (≥ 75 Jahre), Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck, Raucherstatus oder vorherige Herz-

Kreislaufereignisse einfließen. Vorrangig wurden Ereignisse wie Tod (aus jeglichem Grund), nicht-tödlicher Myokard-Infarkt, Schlaganfall, Wiedereinweisung aufgrund eines akuten Koronarsyndroms sowie größere Blutungen (Bleeding Academic Research Consortium type ≥ 3) bis 2 Jahre nach der Randomisierung betrachtet (primärer Komposit-Endpunkt).

Post-Hoc-Analyse über randomisierte Studie mit 5 403 Patienten über 2 Jahre

Insgesamt nahmen 5 403 Patienten im durchschnittlichen Alter von 64,0 Jahren (Interquartilsbereich: 56,0 - 72,0 Jahre), davon 74,7 % Männer, an der Studie teil. Multigefäß-Erkrankungen lagen bei 49,6 % der Patienten vor. Eine komplexe PCI (z. B. Behandlung von mehreren Koronargefäßen) war bei 22,1 % der Patienten durchgeführt worden.

Patienten mit einer Monotherapie mit Clopidogrel hatten über 2 Jahre eine niedrigere Rate des primären Komposit-Endpunkts als Patienten mit der ASS-Monotherapie (Hazard Ratio, HR: 0,73; 95 % Konfidenzintervall, KI: 0,59 - 0,90). Der Vorteil von Clopidogrel versus ASS wurde konsistent unabhängig von den Risiko-Scores TRS 2°P und DAPT-Score gesehen.

- Risikominderung mit Clopidogrel versus Aspirin je Risiko-Gruppe:
 - Hoher TRS 2°P (≥ 3): HR: 0,65; 95 % KI: 0,44 - 0,96
 - Niedriger TRS 2°P (< 3): HR: 0,77; 95 % KI: 0,60 - 0,99; p (Interaktion) = 0,454
 - Hoher DAPT-Score (≥ 2): HR: 0,68; 95 % KI: 0,46 - 1,00
 - Niedriger DAPT-Score (< 2): HR: 0,75; 95 % KI: 0,59 - 0,96; p (Interaktion) = 0,662

Die untersuchten Assoziationen waren zudem vergleichbar für individuell untersuchte Ereignisse.

Behandlungsvorteil mit Clopidogrel versus ASS

Die Analyse über die randomisierte Monotherapie mit entweder Clopidogrel oder ASS nach PCI und DAPT zeigte somit einen Behandlungsvorteil mit Clopidogrel. Dies war unabhängig vom patientenindividuellen Risiko für weitere kardiovaskuläre Ereignisse oder Blutungen.

Referenzen:

Yang S, Kang J, Park KW, Hur SH, Lee NH, Hwang D, Yang HM, Ahn HS, Cha KS, Jo SH, Ryu JK, Suh IW, Choi HH, Woo SI, Han JK, Shin ES, Koo BK, Kim HS. Comparison of Antiplatelet Monotherapies After Percutaneous Coronary Intervention According to Clinical, Ischemic, and Bleeding Risks. *J Am Coll Cardiol.* 2023 Oct 17;82(16):1565-1578. doi: 10.1016/j.jacc.2023.07.031. PMID: 37821166.