

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, lieber Herr Kollege,

allen Patienten nach Herzinfarkt wird ASS empfohlen; in der Sekundärprävention ist ASS schon seit langem Standardtherapie. Ganz anders sieht das aber in der Primärprävention aus. Hier gibt es bislang keine guten Daten und zum routinemäßigen Einsatz von ASS wird folgerichtig auch nicht geraten.

Nun sind beim Jahreskongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zwei "Megastudien" an mehr als 28.000 Menschen vorgestellt worden (ASCEND und ARRIVE), die zusätzlich für Diskussionen um den Stellenwert von ASS in der Primärprävention sorgen werden.

Wie immer mit herzlichen kollegialen Grüßen aus Ruit
Ihr Christian Herdeg

DAS INTERESSANTE THEMA

DIE ROLLE VON ASS IN DER PRIMÄRPRÄVENTION

Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. The ASCEND Study Collaborative Group

N Engl J Med 2018; DOI: 10.1056/NEJMoa1804988378(5):417-427

Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Graziano JM, Brotons C, Coppolecchia R et al.

Lancet 2018; 392/10152:1036-1046

ASCEND-STUDIE

15.480 britische Diabetiker (zu 94 % Typ 2), Alter durchschnittlich 63 Jahre. 86 % davon waren übergewichtig oder adipös, 62 % hatten eine arterielle Hypertonie, 76 % nahmen Statine. Keiner der Patienten hatte jedoch bisher ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten. 2 Gruppen: eine Gruppe nahm ASS 100 mg ein, die andere Placebo. Primärer Wirksamkeitseffekt: schweres vaskuläres Ereignis (Herzinfarkt, Schlaganfall / TIA, kardialer Tod). Weiterer (sekundärer) Endpunkt: die Diagnose von gastrointestinalen oder anderen Krebserkrankungen.

Primärer Sicherheitsendpunkt: Blutungen. Nachbeobachtungszeit: 7,4 Jahre. In der ASS-Gruppe erlitten 8,5 % ein vaskuläres Ereignis versus 9,6 % bei Placebo (HR: 0,88, 95%-CI: 0,79-0,97). Somit signifikant: das Risiko eines vaskulären Ereignisses wurde um 12 % gesenkt. Gleichzeitig trat aber bei 4,1 % (ASS) eine schwere Blutung auf vs. 3,2 % bei Placebo. Also kam es zu einem Anstieg der schweren Blutungen um 29 % (meist gastrointestinal).

ARRIVE-STUDIE

12.546 Patienten an 501 Zentren in Großbritannien, Irland, Italien, Polen, Spanien, den USA und Deutschland.

Einschluss: Männer \geq 55 Jahre + 2 bis 4 der folgenden Risikofaktoren (RF): erhöhte Fettwerte (Gesamtcholesterin $>$ 200 mg/dl oder LDL $>$ 130 mg/dl), aktive Raucher, vermindertes HDL (unter 40 mg/dl), Hypertonie, Einnahme von RR-Medikamenten oder positive Familienanamnese. Frauen \geq 60 Jahre + 3 oder mehr RF. Alter durchschnittlich 64 Jahre.

Ähnliches Studiendesign + Endpunkte wie in ASCEND. Primärer Endpunkt in der ASS Gruppe: 4,29 %, Placebo: 4,48 %. HR: 0,96, 95%-CI: 0,81 bis 1,13, somit nicht signifikant. Auch in ARRIVE traten mehr Blutungskomplikationen unter ASS auf, insgesamt aber wenige, da Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko ausgeschlossen waren (ASS 0,97 % vs. 0,46 % Placebo).

KOMMENTAR

In beiden Studien traten deutlich weniger kardiovaskuläre Ereignisse auf, als bei der Planung erwartet worden war.

Es ist deshalb nicht gelungen, eine Gruppe von Menschen zu beschreiben, für die eine Primärprävention mit „low-dose“-ASS vorteilhaft wäre.

Die Vorteile und die Risiken der ASS-Gabe heben sich in der Summe auf.

In dieser Situation könnte die oft diskutierte Vermeidung von Krebserkrankungen ein wichtiger Vorteil von ASS sein.

Doch eine Prävention von Krebserkrankungen ließ sich ebenfalls nicht nachweisen.



Prof. Dr. med. Christian Herdeg

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,
Herz- und Kreislauferkrankungen

TELEFON 0711 / 4488-11450

E-MAIL c.herdeg@medius-kliniken.de

24H SERVICE TELEFON 0711 / 4488-11455

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

Hedelfinger Straße 166

73760 Ostfildern