

## Abciximab besser als Tirofiban

r -- Topol EJ, Moliterno DJ, Herrmann HC et al. Comparison of two platelet glycoprotein IIb/IIIa inhibitors, tirofiban and abciximab, for the prevention of ischemic events with percutaneous coronary revascularization. N Engl J Med 2001 (21. Juni); 344:

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Franz R. Eberli

In dieser multizentrischen Doppelblindstudie (TARGET-Studie) wurden die beiden Glykoprotein-IIb/IIIa-Hemmer Abciximab und Tirofiban bei über 4'800 Personen verglichen, bei denen eine Koronarangiografie und Revaskularisation vorgenommen werden musste. Der primäre Endpunkt war die Kombination von Tod, nicht-tödlichem Herzinfarkt und notfallmässiger Revaskularisation innerhalb von 30 Tagen. Die Inzidenz des primären Endpunktes betrug unter Tirofiban 7,6%, unter Abciximab 6,0%; der Hauptunterschied lag bei der Häufigkeit von Herzinfarkten, die bei Tirofiban 6,9% und bei Abciximab 5,4% betrug. Daraus ergab sich die Schlussfolgerung, dass Abciximab etwas besser vor ischämischen Ereignissen schützt als Tirofiban. (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-ST-Hebungsinfarkt 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 Regionalspital und, wenn nötig, die notfallmässige perkutane Revaskularisation im Zentrumspital dürfte sich als effizienteste Revaskularisationstherapie des akuten Myokardinfarktes in der Schweiz durchsetzen.**

Franz Eberli