

Unter Azetylsalizylsäure plus Esomeprazol sind Rezidiv-Magenblutungen seltener als unter Clopidogrel

Sowohl Azetylsalizylsäure (ASS) als auch (bei bestimmten Indikationen) Clopidogrel (Cl) reduzieren das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch unter niedrig dosierter ASS (75-100 mg/d) ist das Risiko für Magenblutungen höher als unter Cl (0,72% vs. 0,52%; 1). Hat ASS zu einer oberen GI-Blutung geführt, dann ist das Risiko einer Rezidivblutung bei Fortsetzung der Therapie mit ASS sehr hoch. Zusätzliche Gabe eines Protonenpumpen-Inhibitors (PPI) reduziert deutlich das Risiko einer Rezidivblutung, ebenso die Umstellung von ASS auf Cl, das aber viel teurer ist.

F.K.L. Chan et al. aus Hong Kong (2) verglichen bei 320 Patienten/innen, die wegen erhöhten Herz-Kreislauf-Risikos niedrig dosiert ASS genommen und eine obere GI-Blutung bekommen hatten (alle Helicobacter-negativ) den Effekt von 80 mg ASS/d plus 20 mg des PPI Esomeprazol/d mit dem von 75 mg Cl/d plus Placebo hinsichtlich Inzidenz von Rezidiven oberer GI-Blutungen, von unteren GI-Blutungen und Herz-Kreislauf-Ereignissen. Die Studientherapie von zwölf Monaten Dauer wurde erst nach Abheilen der Ulcera begonnen.

13 von 161 Patienten die Cl, aber nur einer von 159, die ASS plus PPI erhielten, erlitten eine Rezidivblutung aus Magen-/Duodenal-Ulcera. Die meisten Ulcera unter Cl traten an derselben Stelle wie die Erst-Ulcera auf. Je sieben Patienten in beiden Gruppen erlitten untere GI-Blutungen, meist aus nicht erkannten Blutungsquellen. Zwei Patienten unter Cl erlitten intrakraniale Blutungen, einer hatte eine Makrohämaturie, die Transfusionen erforderlich machte. Keiner der Patienten mit ASS plus PPI erlitt eine extra-gastrointestinale Blutung. Zwölf Patienten starben, davon acht in der Cl-Gruppe und vier unter ASS plus PPI.

Die Autoren und B. Cryer aus Dallas, der Autor eines lesenswerten Kommentars zu dieser Veröffentlichung (3), sind von dem deutlichen Unterschied zwischen den beiden Therapie-Regimen zugunsten ASS plus PPI offenbar selbst überrascht. Cl verursache bei Patienten mit durchschnittlichem GI-Risiko keine Ulkus-Blutungen, behindere aber, wie alle Thrombozytenhemmer, eine Heilung der Ulcera und die Neo-Angiogenese, die für den Heilungsprozess sehr wichtig sei.

Fazit: Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko, das eine Dauerprophylaxe mit ASS rechtfertigt, sollten nach Erleiden einer oberen GI-Blutung (Helicobacter-negativ und nach Abheilen des verursachenden Ulcus) zusätzlich zu ASS mit einem Protonenpumpen-Inhibitor und in der Regel nicht stattdessen mit Clopidogrel behandelt werden, da diese Therapie in dieser Situation risikoreicher und zudem teurer ist. Warum die Autoren Esomeprazol und nicht Omeprazol untersucht haben, bleibt ihr Geheimnis.

Literatur

1. CAPRIE (Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events): Lancet [1996, 348, 1329](#).
2. Chan, F.K.L., et al.: N. Engl. J. Med. [2005, 352, 238](#).
3. Cryer, B.: N. Engl. J. Med. [2005, 352, 287](#).