

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Frühe „Deeskalation“ der dualen Plättchenhemmung

AMB 2018, **52**, 01

Frühe „Deeskalation“ der dualen Plättchenhemmung nach Akutem Koronarsyndrom?

Zusammenfassung: Bei etwa einem Drittel der Patienten nach Akutem Koronarsyndrom und Stent-Implantation wird die in den Leitlinien empfohlene duale Hemmung der Thrombozytenfunktion mit ASS plus Ticagrelor bzw. plus Prasugrel innerhalb eines Jahres auf ASS plus Clopidogrel „deeskaliert“. Die Gründe sind Blutungen und andere Nebenwirkungen, elektive operative Eingriffe sowie möglicherweise auch die deutlich höheren Arzneimittelkosten. Zwei aktuelle randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass eine solche Deeskalation 4 Wochen nach Akutem Koronarsyndrom unter bestimmten Umständen der leitlinienkonformen Standardtherapie nicht unterlegen ist. Bei Patienten mit hohem Thromboserisiko ist jedoch von einer Deeskalation abzuraten. [Bitte abonnieren oder Kennlernartikel anfordern ->](#)

Alle Artikel zum Schlagwort: Akutes Koronarsyndrom

DER ARZNEIMITTELBRIEF Jahrgang [2017 2018, 52, 08DB01](#)

Frühe „Deeskalation“ der dualen Plättchenhemmung nach Akutem Koronarsyndrom? [2018, 52, 01](#)

Canakinumab: Antiinflammatorische Therapie bei Koronarer Herzkrankheit mittels monoklonalem Antikörper? [2017, 51, 78](#)

Effekte von Liraglutid und SGLT2-Inhibitoren auf kardiovaskuläre und renale Folgeerkrankungen bei Typ-2-Diabetikern 2017, **51**, 75

Anstieg des Kreatinins nach Beginn einer Therapie mit einem ACE-Hemmer oder Sartan – Indikator für ein höheres Risiko für kardioresnale Erkrankungen? [2017, 51, 68](#)

Ältere Männer mit relativem Hypogonadismus – Einfluss von transdermalem Testosteron auf Gedächtnisschwäche und koronare Plaques [2017, 51, 44](#)

Sicherheitswarnung vor resorbierbarem Koronar-Stent [2017, 51, 39a](#)

Nochmals zur Nutzen-Risiko-Relation von Statinen [2017, 51, 36](#)

Therapie mit Statinen: akzeptables Risiko und deutlicher Nutzen bei adäquater Indikation [2017, 51, 19](#)

Koronare Herzkrankheit: Ein gesunder Lebensstil kann genetische Risiken kompensieren [2017, 51, 04](#)

Kardiovaskuläre Nebenwirkungen und Komplikationen bei onkologischen Therapien [2016, 50, 89](#)

Resorbierbare Koronar-Stents [2016, 50, 68](#)

Kochsalzkonsum und kardiovaskuläre Morbidität – Ergebnisse einer großen weltweiten Studie bei Teilnehmern mit und ohne Hypertonie [2016, 50, 48DB01](#)

Eine weitere Metaanalyse zum optimalen Ausmaß der Blutdrucksenkung bei Hypertonikern (mit Diabetes mellitus) [2016, 50, 27](#)

Eine weitere Metaanalyse zum optimalen Ausmaß der Blutdrucksenkung bei Hypertonikern (mit Diabetes mellitus) [2016, 50, 27](#)

Ezetimib: FDA lehnt die Ausweitung der Indikation auf die Sekundärprophylaxe bei Koronarer Herzkrankheit ab [2016, 50, 24a](#)

Änderungen der Leitlinien zur Therapie der Hypertonie sind zu erwarten [2016, 50, 04](#)

Intensive Blutdrucksenkung bei älteren hypertensiven Risikopatienten ohne Diabetes – die SPRINT-Studie [2015, 49, 89](#)

Duale Hemmung der Thrombozytenaggregation nach Myokardinfarkt – auf Dauer? [2015, 49, 84](#)

Empagliflozin: Erstes neues orales Antidiabetikum mit Verbesserung der kardiovaskulären Prognose bei Typ-2-Diabetikern? 2015, **49**, 82

Hohe Dosen Ibuprofen erhöhen kardiovaskuläre Risiken [2015, 49, 40](#)

Statine sind bei Frauen und Männern kardiovaskulär gleich stark protektiv wirksam [2015, 49, 11](#)

Statine sind bei Frauen und Männern kardiovaskulär gleich stark protektiv wirksam [2015, 49, 11](#)

Neues zu Dauer und Intensität der dualen Plättchenhemmung nach Implantation koronarer Stents [2014, 48, 61b](#)

Perioperative Prophylaxe ischämischer Komplikationen mit Clonidin und ASS bei nicht-kardialen Operationen [2014, 48, 45](#)

Effekt von Metformin auf die Myokardfunktion nach Herzinfarkt bei Nicht-Diabetikern [2014, 48, 32](#)

Reduziert die Influenza-Impfung das Risiko für Herzinfarkt? [2014, 48, 06](#)

Diabetiker mit Koronarer Herzkrankheit: aortokoronare Bypass-Operation, perkutane Koronarintervention oder „nur“ Arzneimittel? [2014, 48, 04](#)

Wirken Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor stärker bei Rauchern? [2013, 47, 83](#)

Perkutane koronare Intervention bei akutem Koronarsyndrom (NSTEMI): Vorbehandlung mit Prasugrel ja oder nein? [2013, 47, 76](#)

Perioperative Betablockade bei erhöhtem kardialen Risiko ist möglicherweise gefährlich [2013, 47, 75](#)

Diabetes mellitus Typ 2: Langzeitstudie zu Lifestyle-Änderungen nach fast zehn Jahren mit mäßig positivem Ergebnis abgebrochen [2013, 47, 61](#)

Zweifache oder dreifache Gerinnungshemmung bei Vorhofflimmern und akutem Herzinfarkt oder Anlage eines koronaren Stents? [2013, 47, 60](#)

Verlässliche Daten zu Arzneimitteln

DER ARZNEIMITTELBRIEF informiert seit 1967 Ärzte, Medizinstudenten, Apotheker und Angehörige anderer Heilberufe über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln.

DER ARZNEIMITTELBRIEF erscheint als unabhängige Zeitschrift ohne Werbeanzeigen der Pharmaindustrie. Er wird ausschließlich durch seine Leserinnen und Leser, d. h. durch die Abonnenten, finanziert. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir aktuelle Artikel nur auszugsweise veröffentlichen können.

**DER ARZNEIMITTELBRIEF
als Mitherausgeber**

Gute Pillen – Schlechte Pillen

- unabhängige Gesundheitsinformationen für interessierte Laien
- Werbefrei und ohne Einfluss der Pharmaindustrie
- neutrale Berichte über Vor- und Nachteile von Therapien
- wissenschaftlich fundiert

**Zuverlässige Fakten finden
zum Studentenpreis**



**DER ARZNEIMITTELBRIEF
ist Mitglied in der**



Werden Sie Abonnent!

- 12 Ausgaben pro Jahr
- Onlinezugang zum Archiv mit über 3000 Artikeln
- 36 CME Punkte pro Jahr für Ihr Konto bei der Ärztekammer