

« DRUG ELUTING STENTS » BIJ ACUTE CORONAIRE SYNDROMEN

Stents die geneesmiddelen vrijstellen, zogenaamde “drug eluting stents”, werden ontwikkeld om het risico van restenose te verminderen. Recente gegevens wijzen er echter op dat “drug eluting stents” niet beter scoren dan de klassieke coronaire stents wat betreft mortaliteit en myocardinfarct, en dat ze een hoger risico geven van laattijdig optredende trombose. Wanneer daarenboven rekening wordt gehouden met hun veel hogere kostprijs, kan men bij patiënten met laag risico van restenose beter opteren voor een klassieke stent. Bij patiënten met hoog risico van restenose en bij patiënten met ernstig coronair lijden, lijkt een coronaire bypassoperatie een betere optie. Het plaatsen van een “drug eluting stent” is een alternatief, maar impliceert een langdurige antitrombotische behandeling.

De aanpak van coronaire syndromen bestaat meestal uit een medicamenteuze antitrombotische behandeling [zie Folia februari 2004, januari 2008 en februari 2009], in combinatie met angioplastiek – met of zonder plaatsen van een stent –, of met een coronaire bypassoperatie. Naast de klassieke “bare metal stents” (BMS) werden stents ontwikkeld die geneesmiddelen zoals sirolimus of paclitaxel vrijstellen (“drug eluting stents” of DES) met als doel het risico van restenose te verminderen. Deze “drug eluting stents” zijn echter veel duurder dan de klassieke stents. Het is dan ook de vraag of hun klinisch voordeel opweegt tegen deze meerkost.

“Drug eluting stents” versus klassieke stents

In meerdere gerandomiseerde gecontroleerde studies en meta-analyses werd de doeltreffendheid van de “drug eluting stents” vergeleken met deze van de klassieke stents. Hieruit blijkt dat, vergeleken met de klassieke stents, de “drug eluting stents” het risico van restenose met ongeveer de helft verminderen, berekend op basis van het aantal opnieuw uitgevoerde revascularisaties

ter hoogte van de initieel behandelde arterie gedurende een follow-up van 4 jaar. Er werd echter geen statistisch significant verschil gezien wat betreft totale mortaliteit, cardiale mortaliteit en risico van myocardinfarct. Ook bij diabetici, die steeds een hoog risico van restenose hebben, lijken de “drug eluting stents” geen ander voordeel te bieden dan een vermindering van het risico van restenose. Daarenboven is, volgens gegevens afkomstig uit patiëntenregisters, het verschil tussen de “drug eluting stents” en de klassieke stents in verband met restenose, minder uitgesproken dan het verschil dat men vond in de studies en de meta-analyses.

De beschikbare gegevens wijzen er ook op dat de “drug eluting stents” het risico van laattijdig optredende trombose (meer dan een jaar na plaatsen van de stent) verhogen ten opzichte van de klassieke stents. Dit zeldzaam maar mogelijk fataal ongewenst effect kan verklaard worden doordat het geneesmiddel de endothelisatie vertraagt. Ten gevolge daarvan moet men bij het plaatsen van een “drug eluting stent” de antitrombotische behandeling met clopidogrel en acetylsalicylzuur gedurende

minstens 12 maanden voortzetten (ook bij afwezigheid van een acuut coronair syndroom), met het daaraan verbonden risico van bloeding. Na plaatsen van een klassieke stent en bij afwezigheid van een acuut coronair syndroom moet de associatie van clopidogrel en acetylsalicylzuur slechts gedurende een maand worden ingenomen; alleen na acuut coronair syndroom moet deze associatie gedurende 12 maanden worden ingenomen [zie Folia januari 2008].

“Drug eluting stents” versus coronaire bypassoperatie

In de SYNTAX-studie werd de doeltreffendheid van coronaire bypassoperatie vergeleken met deze van angioplastiek met plaatsen van een “drug eluting stent” bij patiënten met ernstig coronair lijden (bv. drietaksziekte of aantasting van de linker coronaire arterie). De resultaten na 12 maanden wijzen op een lager risico van ernstige cardiale accidenten en van cerebrovasculaire accidenten (gecombineerd primair eindpunt) bij de patiënten die een bypassoperatie hebben ondergaan, vergeleken met de patiënten die behandeld werden met angioplastiek met plaatsen van een “drug eluting stent”. Het risico van cerebrovasculair accident (secundair eindpunt) was echter hoger in de groep die een bypassoperatie onderging.

Besluit

Op basis van deze gegevens wordt momenteel aanbevolen het gebruik van “drug eluting stents” te beperken, rekening houdend met hun risico-batenverhouding en hun kosten-batenverhouding voor elke individuele patiënt. Bij patiënten met laag risico

van restenose (bv. niet-diabetische patiënten met weinig uitgebreid letsel ter hoogte van een groot bloedvat), en bij patiënten met een hoog risico van bloeding, zal de voorkeur gaan naar een klassieke stent. Bij patiënten met hoog risico van restenose (bv. diabetici, patiënten met een letsel ter hoogte van een bloedvat met kleine diameter, een uitgebreid letsel of meerdere letsels) lijkt bypassoperatie een betere optie te zijn. Het plaatsen van een “drug eluting stent” is bij de patiënten met een hoog risico van restenose een alternatief, maar impliceert een langdurige (gedurende minstens een jaar) antitrombotische behandeling met de associatie van clopidogrel en acetylsalicylzuur. Het is steeds belangrijk ervoor te zorgen dat de patiënt eveneens een optimale medicamenteuze behandeling krijgt (anti-aggregans, statine, en eventueel een ACE-inhibitor).

Referenties

- Anonyme. Les endoprothèses coronaires pharmaco-actives. *La Revue Prescrire* 2008;28:916-20
- Bavry AA en Bhatt DL. Appropriate use of drug-eluting stents: balancing the reduction in restenosis with the concern of late thrombosis. *The Lancet* 2008;371:2134-43
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): Drug Eluting Stents in België: Health Technology Assessment. KCE reports 66A (2007), via www.kce.fgov.be
- Lange RA en Hillis LD. Coronary Revascularization in context. *New Engl J Med* 2009;360:1024-6
- Syntax investigators. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *New Engl J Med* 2009;360:961-72