

# Schlaganfallprophylaxe

Mit der vorliegenden Ausgabe „Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern“ wird ein Thema aufgegriffen, zu dem es nach Jahren der Stagnation in den letzten vier Jahren mehrere neue Studien mit konsekutiver Einführung neuer Therapieoptionen gegeben hat. Insbesondere für den älteren Menschen stellt die Schlaganfallprophylaxe nach der Diagnose Vorhofflimmern (VHF) die wichtigste therapeutische Maßnahme dar – das Risiko, einen klinisch relevanten und mit dauerhaften Einschränkungen verbundenen Schlaganfall zu erleiden, steigt mit dem Alter deutlich an. Eine Therapie mit Plättchenhemmern (ASS-Monotherapie oder eine duale Plättchenhemmung) hat sich dabei immer wieder als nicht ausreichend effektiv erwiesen; mit den „neuen“ („direkten“) oralen Antikoagulanzen sowie dem interventionellen Vorhofohrverschluss stehen etablierte Therapieverfahren als Alternative zur Verfügung.

Inzwischen sind drei „neue“ orale Antikoagulanzen neben dem in Deutschland üblichen Marcumar (international: Warfarin) in großen klinischen Outcome-Studien mit jeweils mehr als 10.000 Patienten überprüft und zugelassen. H. Darius und S. Sommer aus Berlin fassen die Studiendaten zu dieser inzwischen als direkte orale Antikoagulanzen (DOAC) bezeichneten Gruppe zusammen. Interessant sind hier inzwischen die praktischen Anwendungserfahrungen sowie neue Studien zum Thema Antikoagulation bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und VHF. So ersetzen die DOAC aufgrund ihrer durchweg kurzen Halbwertszeit von etwa 12 Stunden zunehmend die ehemals übliche Bridging-Therapie mit niedermolekularem Heparin vor elektiven Eingrif-

fen. So kann einen Tag vor elektiver Koronarangiographie oder perkutaner koronarer Intervention (PCI) die DOAC abgesetzt werden. Ähnlich wie mit Marcumar werden Pulmonalvenenisolationen (PVI) in Zukunft wahrscheinlich unter Dauertherapie mit DOAC durchgeführt.

Zudem ist die Triple-Therapie nach akutem Koronarsyndrom und/oder PCI wahrscheinlich mit mehr Schaden bezüglich Blutungskomplikationen als mit Nutzen, etwa einer Verminderung der Anzahl neuer akuter Koronarsyndrome (ACS) oder des Stentthromboserisikos, verbunden. Neue investigatorinitiierte Studien lassen für viele Patienten nach Stentimplantation die Therapie mit Clopidogrel plus Marcumar oder Clopidogrel plus Niedrigdosis-DOAC als ausreichend und effektiv erscheinen. Auch die Dauertherapie mit ASS zusätzlich zu Marcumar oder DOAC bei bestehender KHK ist einer großen Registerstudie zufolge mit mehr Blutungen als mit Nutzen hinsichtlich Sekundärereignissen verknüpft – ein Jahr nach ACS ist die orale Antikoagulation z. B. mit DOAC ausreichend.

Neben der medikamentösen Therapie hat sich der interventionelle Vorhofohrverschluss als wirksame und effektive Therapie zur Schlaganfallprophylaxe etabliert. Für Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko (HAS-BLED-Score  $\geq 3$ ) stellt diese Option gerade langfristig eine gleich gute oder sogar überlegene Strategie zur Schlaganfallprophylaxe dar (PROTECT-AF-Studie und Register). F. Meincke und M.W. Bergmann aus Hamburg fassen die neuen Daten und Leitlinienempfehlungen zu diesem Thema zusammen. Bis zur vollständigen Endothelialisierung etwa 3 bis 6 Mona-

te nach Implantation ist eine überlappende Antikoagulation oder eine doppelte Plättchenhemmung notwendig; anschließend ist eine Therapie mit ASS – häufig auch aufgrund eines bestehenden KHK-Risikos indiziert – ausreichend.

Die Symptomatik der häufig mit VHF verbundenen Palpitationen lässt sich heutzutage mit einer medikamentösen Frequenzkontrolle oder immer häufiger mit einer PVI gut beherrschen. Für das paroxysmale VHF ist die PVI inzwischen als First-line-Therapie in die Leitlinien aufgenommen. B. Schmidt, S. Bordignon, A. Fürnkranz und K.R.J. Chun aus Frankfurt fassen die neuen Daten zum Thema VHF-Ablation und Schlaganfallprophylaxe zusammen. Demnach ist für Patienten mit niedrigem CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score (<2) die Ablation auch zur Schlaganfallprophylaxe effektiv und ausreichend. Bei höherem CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score ist aufgrund häufiger, oft asymptomatischer Rezidive die Therapie mit Antikoagulanzen oder der LAA-Verschluss notwendig.

G. Seidel aus Hamburg fasst schließlich aus neurologischer Perspektive die Daten zur Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls zusammen. Dabei gilt es, neben dem VHF andere Erkrankungen wie die arterielle Hypertonie und die Hyperlipoproteinämie mit konsekutiver Arteriosklerose der hirnzuführenden Gefäße zu berücksichtigen. Die Diagnostik nach transienter ischämischer Attacke oder Schlaganfall ist dabei komplex, da z. B. eine einmalige VHF-Episode schon zu einem relevanten neurologischen Ereignis führen kann. Möglicherweise sind hier neue Diagnostikverfahren mit implantierbarem Monitoring notwendig.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Ausgabe einen umfassenden, praxisrelevanten Überblick über das klinisch bedeutsame Thema der Schlaganfallprophylaxe mit vielen Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Ihre

*Prof. Dr. M.W. Bergmann*

*Prof. Dr. K.H. Kuck*

---

## Korrespondenzadresse

---

**Prof. Dr. M.W. Bergmann**

II. Med. Abteilung,  
Kardiologie,  
Asklepios Klinik St. Georg  
Lohmühlenstr. 5,  
20099 Hamburg  
mar.bergmann@asklepios.com

---