Verzicht auf ASS

Praxis der antithrombotischen Therapie vor grundlegendem Wandel

Bei antikoagulierten Patienten, die einen Koronarstent benötigen, reichen Antikoagulans und Clopidogrel aus, um Thrombosen in Schach zu halten. Mehr noch: Acetylsalicylsäure (ASS) wegzulassen reduziert neuen Daten zufolge signifikant das Blutungsrisiko und die Sterberate.

„Das ist ein Blockbuster-Vortrag, der die klinische Praxis über Nacht und die Leitlinien bei nächster Gelegenheit verändern wird“, kommentierte kein geringer als der Präsident des American College of Cardiology, Prof. David Holmes von der Mayo Clinic in Rochester, die Ergebnisse der WOEST-Studie.

Es geht um ein häufiges klinisches Problem: Ein Patient, der etwa wegen Vorhofflimmern oder mechanischen Herzklappen oral antikoaguliert werden muss, erkrankt zusätzlich an einer KHK und wird mit einem Koronarstent versorgt.

Nun benötigt er laut Leitlinie zusätzlich zwei Thrombozytenhemmer, nämlich ASS plus Clopidogrel. Doch bei einer Kombination von insgesamt drei antithrombotischen Wirksubstanzen steigt das Blutungsrisiko an. Das Dilemma: Bei Verzicht auf orale Antikoagulation droht ein Schlaganfall, bei Reduktion der Thrombozytenhemmung eventuell eine Stentthrombose.

In der randomisierten niederländisch/belgischen WOEST-Studie wurde erstmals bei 573 antikoagulierten Patienten, die aufgrund einer KHK einen Stent erhielten, geprüft, ob bei diesen Patienten auf ASS verzichtet werden kann.

Eine Hälfte der Patienten erhielt Antikoagulation plus Clopidogrel, die andere zusätzlich ASS. So behandelt wurde ein Jahr nach Implantation eines beschichteten Stents (DES, 2/3 der Patienten) oder mindestens ein Monat nach Positionierung eines unbeschichteten Stents (BMS, 1/3 der Patienten). Bei 25% der Patienten lag ein akutes Koronarsyndrom (ACS) vor. Das Follow-up betrug ein Jahr.

Signifikanter Überlebensvorteil, Blutungsrisiko halbiert ...

Die Autoren um Prof. Willem Dewilde, Tilburg/NL, hofften, dass bei Verzicht auf ASS das Blutungsrisiko sinkt, ohne dass die thrombotischen Komplikationen ansteigen. Doch die Ergebnisse übertrafen die Erwartungen, denn die Patienten hatten sogar einen Mortalitätsvorteil: 2,6% vs. 6,4% der Patienten waren nach einem Jahr verstorben ($p = 0,027$).

Blutungen (primärer Endpunkt) waren nach einem Jahr mit 19,5% vs. 44,9% ebenfalls signifikant seltener aufgetreten, wenn ASS weggelassen wurde. Den Unterschied machten allerdings über-

wiegend leichtere Blutungen der Haut und des Gastrointestinaltraktes. Schwere Blutungen waren nur im Trend seltener (3,3% vs. 5,8%). In beiden Gruppen gab es drei intrakranielle Blutungen.

... und ein Trend zu weniger thrombotischen Komplikationen

Der Sicherheitsvorteil musste nicht mit einem Wirksamkeitsverlust erkaufte werden, im Gegenteil: Überraschenderweise waren Herzinfarkte (3,3% vs. 4,7%), Schlaganfälle (1,1% vs. 2,9%) und Stentthrombosen (1,5% vs. 3,2%) unter dem 2-Medikamenten-Regime seltener als unter dem 3-Medikamenten-Regime. Der kombinierte sekundäre Endpunkt (Tod, Infarkt, Schlaganfall, Stentthrombose, Revaskularisierung) war mit 11,3% unter dualer Therapie signifikant seltener ($p = 0,025$) als unter der Triple-Therapie mit 17,7%. Allerdings war die Studie zu klein, um statistisch Nicht-Unterlegenheit bei diesem Endpunkt zu beweisen.

Die Frage ist nun: Können diese Daten auch extrapoliert werden auf Patienten, die statt Clopidogrel Ticagrelor oder Prasugrel erhalten, oder auf solche, die statt Vitamin-K-Antagonisten Dabigatran oder Rivaroxaban erhalten? Aufgrund fehlender Daten wäre das ein wenig zu weit extrapoliert, warnte Holmes.

DR. MED. DIRK EINECKE ■

Abbildung 1

Abbildung 2