Ihr Patient braucht Antithrombotika, 7. Folge

Schlaganfallrisiko abwehren: bei wem und wie?

Die Zahl der Patienten, die eine antithrombotische Therapie erhalten, wird immer größer. Dazu gehören u. a. Patienten mit kardio- bzw. zerebrovasculären Erkrankungen, tiefer Beinvenenthrombose, Herzklappenersatz und Vorhofflimmern. Bereichert, aber auch komplexer wurde die Therapie durch die Einführung innovativer Thrombozytenaggregationshemmer und oraler Antikoagulanzen. In dieser „Gerinnungssprechstunde“ erhalten Sie Antworten auf Fragen, die sich dabei im hausärztlichen Alltag ergeben.

© thinkstock

Risikofaktor Vorhofflimmern

Frage: Das Vorhofflimmern soll eine prognostische Bedeutung haben. Weshalb und wie verkürzt diese Rhythmusstörung das Leben?

Antwort: In der Tat, beim Vorhofflimmern handelt es sich um eine prognostisch relevante Erkrankung. Die Frage allerdings ist, ob die Rhythmusstörung selbst oder die der Rhythmusstörung zugrunde liegende kardiale Erkrankung dafür verantwortlich ist. Denn Vorhofflimmern ist auch ein häufiges Begleitphänomen bei Patienten mit Herzinsuffizienz, sodass sich die Verschlechterung der Prognose aus dieser Begleiterkrankung ergeben könnte.

Darüber hinaus hat sich in Studien gezeigt, dass eine Stabilisierung des Sinusrhythmus mit Antiarrhythmika die Prognose nicht unbedingt verbessern kann, da bei der Gabe eines Antiarrhythmikums mit gefährlichen Nebenwirkungen im Sinne einer Proarrhythmie gerechnet werden muss. Eine entsprechende Subgruppenanalyse ergab allerdings, dass Patienten, bei denen eine dauerhafte Stabilisierung des Sinusrhythmus gelang, davon auch prognostisch profitierten.

Unabhängig von diesen Überlegungen dürfte der Rhythmusstörung selbst auch eine prognostische Bedeutung zukommen. Denn die gefährlichsten Komplikationen sind die Herzinsuffizienz bei unzureichender Frequenzkorrektur im Sinne einer Tachykardiomyopathie und periphere, vor allem zerebrale Embolien. Gerade diese ischämischen Insulte dürften nicht nur die Lebensqualität,

sondern auch die Prognose von Patienten mit Vorhofflimmern ungünstig beeinflussen.

Erhöhtes Schlaganfallrisiko: gewährt ASS ausreichenden Schutz?

Frage: Bei vielen Patienten, die nach dem CHA₂DS₂-VAsC-Score von einer oralen Antikoagulation profitieren sollen, besteht auch ein erhöhtes Blutungsrisiko, sodass nach entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung von der Antikoagulation Abstand genommen wird. Solche Patienten erhalten in der Regel Acetylsalicylsäure (ASS). Stellt dies einen ausreichenden Schutz vor einem thromboembolischen Ereignis dar?

Antwort: Sicherlich gibt es im Einzelfall auch absolute Kontraindikationen für eine orale Antikoagulation wie beispielsweise eine dekompensierte Leberzirrhose oder eine kürzlich abgelaufene schwere gastrointestinale Blutung. Bei solchen Patienten dürfte jedoch auch die Gabe von ASS zu riskant sein. Abgesehen von der Magen- Darm-Problematik können unter einer ASS-Therapie auch zerebrale Blutungen auftreten.

In Studien konnte gezeigt werden, dass durch eine konsequente orale Antikoagulation zwei Drittel aller ischämischen Insulte verhindert werden können. Bei Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers kann dagegen nur einer von fünf Schlaganfällen verhindert werden. Auch die Kombination von Clopidogrel plus Aspirin ist deutlich weniger wirksam als eine orale Antikoagulation.

Im Rahmen der AVERROES-Studie wurde bei 5600 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren der Faktor-Xa-Inhibitor Apixaban in einer Dosierung von 2 x 5 mg täglich mit einer Aspirin-Therapie (81 – 324 mg täglich) verglichen. Durch den Faktor-Xa-Inhibitor konnte der primäre Endpunkt (Schlaganfall oder systemische Embolie) um rel. 55%, d. h. von 3,7% auf 1,6% gesenkt werden. Auch die 1-Jahres-Mortalität sank – allerdings nicht signifikant – um rel. 21%. Bezüglich schwerer Blutungen, insbesondere Hirnblutungen, fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Apixaban-Gruppe und der ASS-Gruppe (1,4% unter Apixaban vs. 1,2% unter ASS).

Angesichts dieser Studienergebnisse scheint ASS keine sinnvolle Alternative für ein neues orales Antikoagulum zu sein, da es deutlich weniger wirksam ist, aber im Hinblick auf schwere, vor allem zerebrale Blutungen keine größere Sicherheit bietet.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Weitere Infos auf springermedizin.de

Interessante Beiträge zum Thema Blutgerinnung finden Sie auch online, z. B. „Nach Magenblutung: Antikoagulation wieder aufnehmen oder nicht?“ ► www.springer-medizin.de/3586482