KHK und Vorhofflimmern: Tripletherapie so kurz wie möglich!

Keine Frage, jedes zusätzliche Antithrombotikum erhöht das Blutungsrisiko deutlich. Trotzdem kann man bei Stentpatienten mit Vorhofflimmern oder venöser Thromboembolie nicht ganz auf eine Tripletherapie verzichten. Doch wie lange sollte sie dauern?

Vorhofflimmern und KHK – diese Konstellation ist eine besondere Herausforderung im Hinblick auf das Gerinnungsmanagement. Mit anderen Worten, solche Patienten benötigen in der Regel nach einer Stentimplantation eine Tripletherapie aus oraler Antikoagulation und dualer Plättchenhemmung. Gleiches gilt für Patienten mit einer venösen Thromboembolie und auch für Patienten mit einem Klappenersatz mit der Notwendigkeit für eine dauerhafte orale Antikoagulation (OAK), wenn eine Koronarintervention erforderlich ist. „In einer solchen Situation befindet man sich auf einer sehr schmalen Gratwanderung zwischen der Verhinderung eines ischämischen Ereignisses auf der einen und der Vermeidung einer Blutungskomplikation auf der anderen Seite“, berichtete Prof. Burkert Pieske, Direktor der Kardiologischen Universitätsklinik am Campus Virchow-Klinikum der Charité in Berlin.

Geht's mit einem Plättchenhemmer?

Bisher gilt die Empfehlung, in solchen Situationen zunächst immer eine Tripletherapie einzuleiten, wobei im Hinblick auf eine Stentthrombose bei einem Drug Eluting Stent (DES) der neuesten Generation eine duale Plättchenhemmung für drei Monate effektiv und sicher sein dürfte. Auch in den Leitlinien wird bei antikoagulierten Patienten heute ein DES und kein Bare Metal Stent (BMS) mit dem Evidenzgrad IIa C empfohlen, wenn der HAS-BLED-Score ≤ 2 beträgt.

Eine erste Studie (WOEST), in die 573 Patienten mit Indikation für OAK und Stentimplantation eingeschlossen wurden, konnte jedoch zeigen, dass das Weglassen eines Plättchenhemmers, in diesem Fall war es ASS, das Outcome wesentlich verbessert und zwar nicht nur hinsichtlich der Blutungskomplikationen, sondern auch bzgl. ischämischer

Ereignisse. So wurde die Blutungsrate von 44,4 auf 19,4%, das Risiko für ein ischämisches Ereignis von 17,6 auf 11,1% reduziert.

„Doch bisher hat diese Studie nicht zu einer Veränderung der Routine geführt, sie ist zu klein und daher müssen diese Ergebnisse erst durch eine größere Studie bestätigt werden“, resümierte Pieske. Doch im Einzelfall könne man bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko eine duale Therapie mit Clopidogrel erwägen.

Und was ist mit NOAKs?

Ob auch NOAKs für eine Tripletherapie geeignet sind, diese Frage lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht evidenzbasiert beantworten. Bisher liegen für diese Substanzgruppe kaum Daten vor. Nur in einer Post-Hoc-Analyse der RE-LY-Studie wurden auch Patienten mit dualen Plättchenhemmung ausgewertet. Hier stieg das Blutungsrisiko auch unter Dabigatran an, jedoch war das Risiko mit der 2×110 mg-Dosis niedriger als mit 2×150 mg. Doch auch in dieser Subgruppe lag das Blutungsrisiko unter dem NOAK niedriger als unter Warfarin.

Trotz unzureichender Datenlage ist eine Tripletherapie mit einem NOAK möglich. „Wir brauchen aber dringend prospektive Studien mit NOAKs“, so Pieske. Solche seien für alle diese neuen Substanzen schon auf den Weg gebracht.

Die allgemeinen Empfehlungen lauten daher: Bei klarer Indikation für eine OAK ist eine Tripletherapie notwendig, jedoch sollte man bei solchen Patienten die duale Plättchenhemmung nicht vor der PCI beginnen. Des Weiteren sollte man bei antikoagulierten Patienten bisher keine neuen Plättchenhemmer wie Prasugrel oder Ticagrelor einsetzen; denn in einer ersten retrospektiven Analyse bei 377 Patienten über sechs Monate lag das Blutungsrisiko in der Prasug-

© [M] CreativeArchetype / iStock

Wann ist die Zeit gekommen? Eine Tripletherapie bei Stentpatienten mit Vorhofflimmern sollte nicht zu lange erfolgen.

rel-Gruppe höher als in der Clopidogrel-Gruppe (Sarafoff et al., JACC 2013).

Optimale Dauer der Tripletherapie

In der ISAR TRIPLE-Studie – der bisher größten Studie zur Tripletherapie – wurde bei 614 Patienten mit DES und Indikation für eine OAK eine sechswöchige mit einer sechsmonatigen Tripletherapie verglichen. In einem Follow-up von neun Monaten fand sich sowohl hinsichtlich ischämischer Ereignisse als auch Blutungskomplikationen kein signifikanter Unterschied. Nach sechs Wochen stieg die Blutungsrate in der Gruppe mit sechsmonatiger Tripletherapie aber etwas stärker an (27,9 vs. 20,5%; $p=0,04$).

Angesichts der derzeitigen Datenlage empfiehlt die ESC-Leitlinie bei einem HAS-BLED-Score ≤ 3 eine Tripletherapie über sechs Monate, bei einem Score von ≥ 3 dagegen nur über einen Monat. Und bei einem HAS-BLED-Score von ≥ 3 und niedrigem CHA2DS2-VASc-Score kann auch eine duale Therapie mit OAK und Clopidogrel erwogen werden. (sti)

Quelle: Expertenforum „ACS und mehr“ am 03.10.15 in Berlin