heartlive

KONGRESS FÜR INTERVENTIONELLE HERZMEDIZIN

Blutdruckabsenkung sei hocheffektiv bei der Verhinderung des Hämatomwachstums und habe Einfluss auf die frühe Mortalität. Das finale funktionelle Outcome bei den Überlebenden lasse sich allerdings auch damit nicht verbessern.

Management bei NOAK-Blutung

In den entsprechenden Zulassungsstudien war die Rate an intrakraniellen Blutungen bei einem NOAK um über 50% niedriger als bei Warfarin. Allerdings ergab sich hinsichtlich der Mortalität dieser Blutungen – leider – kein Unterschied. Diese lag bei 40 bis 50% – sowohl unter dem NOAK als auch dem VKA. Und was die Ausdehnung und den Verlauf der Blutung unter einem NOAK anbetrifft, so gibt es dazu bisher kaum verwertbare Daten.

In einer Erlanger Studie, bei der NOAK- und VKA-induzierte Blutungen miteinander verglichen wurden, ergab sich keinerlei Unterschied bzgl. der

Schwere bzw. Charakteristika der Blutung, des Nachblutungsrisikos, der Sterblichkeit und des funktionellen Outcomes.

Im Unterschied zu VKA steht in der Regel bei einem NOAK kein Gerinnungsparameter zur Verfügung, der eine zuverlässige quantitative Beurteilung der aktuellen Gerinnungssituation erlaubt. Das aktuelle Blutungsrisiko ergibt sich aus der Dosis, dem Einnahmezeitpunkt, der Nierenfunktion und evtl. bestehenden Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

„Auch bei NOAKs empfiehlt sich im Falle einer intrakraniellen Blutung eine

rasche Blutdrucksenkung, zusätzlich die Einnahme von Aktivkohle und bei Dabigatran eventuell eine Dialyse“, so Köhrmann. Darüber hinaus sollte Prothrombinkomplex-Konzentrat (PPSB) in supraphysiologischer Dosierung gegeben werden, solange noch keine spezifischen Antidots zur Verfügung stehen. Letztere sind jedoch in der Entwicklung.

Der Antikörper Idarucizumab, der die Wirkung von Dabigatran rasch vollständig neutralisiert, wurde bereits in den USA zugelassen und dürfte auch in Deutschland in Kürze zur Verfügung stehen.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

© Heartlive

Koronarintervention bei VF: Vorhofohrverschluss als Alternative zur Tripletherapie?

Diskutiert wurde auf dem Heartlive über den Vorhofohrverschluss als Alternative zur oralen Antikoagulation bei Vorhofflimmern-Patienten, bei denen eine koronare Intervention erforderlich ist. Für eine Tripletherapie sprach sich Prof. Ernst Vester, Düsseldorf, aus. Prof. Peter Sick aus Coburg war dagegen der Meinung, dass Vorhofflimmern-Patienten mit interventionsbedürftiger KHK immer einen Occluder implantiert bekommen sollten.

Vorhofflimmern-Patienten benötigen im Falle einer koronaren Intervention neben einer oralen Antikoagulation eine duale Plättchenhemmung. Unter einer solchen Tripletherapie ist das Blutungsrisiko allerdings stark erhöht. Stellt der Vorhofohrverschluss in diesem Falle vielleicht die bessere Alternative dar?

Pro: Tripletherapie

Für Prof. Ernst G. Vester vom Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf ist die Tripletherapie derzeit der Standard. Ansonsten könnten Koronarinterventionen bei Vorhofflimmern-Patienten nur noch in Zentren erfolgen, die auch über die entsprechende Expertise für die Occluder-Implantation verfügen. „Dies dürfte

wohl kaum umsetzbar sein“, so Vester. Die Tripletherapie reduziere das Risiko ischämischer Komplikationen zum Preis einer doppelt so hohen Blutungsrate, was nach vorliegenden Studienergebnissen allerdings keinen Einfluss auf die Mortalität habe. Die Tripletherapie könne auch mit einem neuen oralen Antikoagulans (NOAK), jedoch nicht mit den neuen Plättchenhemmern Prasugrel und Ticagrelor erfolgen. Die WOEST-Studie habe darüber hinaus gezeigt, dass eine duale antithrombotische Therapie mit einem VKA plus Clopidogrel das Blutungsrisiko reduziere, ohne dass dies ungünstige Auswirkungen auf ischämische Komplikationen habe. Mit modernen Stents könne die Dauer der Triple-

therapie weiter auf unter drei Monate verkürzt werden.

Zudem muss man bedenken, dass bei der Occluder-Implantation Komplikationen auftreten könnten. Auch ist der LAA-Occluder bei PCI-Patienten nicht getestet und kommt deshalb nur für Nischenindikationen in Betracht.

Pro: LAA-Occluder

Nach Meinung von Prof. Peter Sick von der kardiologischen Abteilung des Klinikums in Coburg ist der Verschluss des linken Vorhofohrs unter der Standardtherapie mit ASS und Clopidogrel sinnvoll und machbar. „Patienten mit Vorhofflimmern und interventionsbedürftiger KHK sollten nicht nur bei Hochrisikointerventionen, sondern immer einen Occluder bekommen“, sagte Sick.

Dadurch könne man die Rate an Blutungskomplikationen signifikant senken und dies habe auch Auswirkungen auf die Mortalität. Auch könne nach Implantation eines Occluders die duale Plättchenhemmung leitliniengerecht mit den modernen Plättchenhemmern Ticagrelor und Prasugrel wie bei Patienten ohne Vorhofflimmern durchgeführt werden. *(sti)*