VTE: Neuer Score zeigt an, wer keine Langzeit-Antikoagulation benötigt

Ein 4-Punkte-Score erfasst zuverlässig Patientinnen mit niedrigem Rezidiv-Risiko nach venösen Thromboembolien. Der Hälfte aller betroffenen Frauen kann so die langfristige Antikoagulation erspart werden.

Nach einer ersten Episode einer venösen Thromboembolie (VTE), für die kein Auslöser identifiziert wird, lautet die Leitlinien-Empfehlung langfristig Antikoagulation. Dies scheint zumindest für einen Teil der Patienten eine Übertherapie darzustellen. Mithilfe der sog. HERDOO2-Regel, die vier wesentlichen Risikofaktoren erfasst, können Patientinnen mit niedrigem Risiko identifiziert werden, die auf die Antikoagulation verzichten können. Für Männer ist die Regel jedoch nicht anwendbar.

Bei den vier Risikofaktoren handelt es sich um:

1. Hyperpigmentation, Ödem oder Rötung in einem Bein,
2. D-Dimer >150 µg/ml unter Antikoagulation,
3. Adipositas mit einem BMI > 30 kg/m²
4. Alter über 65 Jahre,

Die ersten Buchstaben der englischen Übersetzung dieser Faktoren ergeben das bizarre Wort HERDOO.

In der REVERSE II-Studie wurde international multizentrisch bei 2.779 Patienten mit erster nicht-provozierter VTE überprüft, ob sich mithilfe der HERDOO2-Regel Frauen identifizieren lassen, die ein jährliches Rezidiv-Risiko von unter 5 % aufweisen und die Antikoagulation daher beenden können.

Wie die Autoren um Dr. Marc Roger, Universitätsklinik in Ottawa, beim ESC berichteten, wurden alle Patienten zunächst fünf bis zwölf Monate lang mit Antikoagulanzen behandelt. Anschließend wurde das Rezidiv-Risiko der Frauen mit der HERDOO2-Regel bestimmt: 0–1 Punkte definierten niedriges, 2 und mehr Punkte hohes Risiko. Bei den meisten der 622 Frauen mit

niedrigem Risiko wurde die Antikoagulation abgesetzt. Im nächsten Jahr lag ihr VTE-Rezidiv-Risiko bei 3 %. Frauen in dieser Gruppe, die die Antikoagulation fortsetzten, hatten zu 0 % Rezidive.

Die meisten der 591 Frauen mit hohem Risiko, und ebenso alle Männer, setzten die Antikoagulation fort. Ihr Rezidiv-Risiko betrug 1,6 % im Folgejahr. 323 Frauen und Männer der Hochrisiko-Gruppe stoppten die Antikoagulation; 8,1 % von ihnen erlitten im nächsten Jahr ein Rezidiv.

Die Autoren folgern daraus, dass mit der HERDOO2-Regel bei etwa 50 % aller Patientinnen eine geringe Rezidiv-Gefahr ermittelt werden kann. Das Restrezidiv-Risiko von 3 % halten sie für niedrig genug, um ein Absetzen zu empfehlen; zumal die Antikoagulation mit einer Blutungsgefahr einhergeht.

Womöglich lässt sich die Regel durch Adjustierung der Altersgrenze weiter verfeinern. In der Subgruppe der postmenopausalen Frauen mit HERDOO2-Score von 0–1, die älter als 50 Jahre alt waren, erlitten 5,7 % im Jahr nach dem Absetzen ein Rezidiv.

Dr. med. Dirk Einecke

Schlaganfall: Sofortige Thrombektomie oder erst Thrombolyse?

Bei einem akuten Schlaganfall scheint die direkte Thrombektomie ebenso wirksam wie eine Thrombektomie im Anschluss an eine intravenöse Thrombolyse.

Patienten mit schwerem Schlaganfall haben ohne Therapie sehr schlechte Karten: Bis zu 50 % sterben, 40 % überleben mit schweren Behinderungen, maximal 10 % der Patienten kommen glimpflich davon.

Mit einer Thrombolyse-Behandlung in einer Stroke Unit steigt der Patientenanteil mit guter Prognose auf 20–30 %, mit einer endovaskulären Thrombektomie jüngerer Studien zufolge sogar auf 45 bis 50 %. Wenn der Kathetereingriff in einem Zeitfenster von drei Stunden nach dem Schlaganfall erfolgt, können gar 70 % der Betroffenen ihr Leben weitgehend normal fortsetzen, berichtete

Prof. Petr Widimsky, Karls-Universität in Prag. Daher wird die mechanische Thrombektomie heute bei Schlaganfällen mit Verschlüssen großer Arterien empfohlen.

Beim ESC-Kongress 2016 berichtete Widimsky über die Ergebnisse der Pilotstudie PRAGUE-16 mit 106 Patienten, die mit einem moderaten bis schweren Schlaganfall innerhalb von sechs Stunden die Klinik erreichten. Die Patienten wiesen eine Okklusion eines großen Hirngefäßes auf, im CT zeigte sich aber noch keine große Ischämiezone. Untersucht wurde, ob eine primäre Thrombektomie ebenso effektiv ist wie eine pri-

märe Thrombolyse-Behandlung, an die sich die Thrombektomie anschloss.

Gleiche Ergebnisse

In der ersten Gruppe betrug die mediane Zeit zwischen Schlaganfall und Thrombektomie 147 Minuten, in der zweiten Gruppe 188 Minuten. Dennoch waren die Ergebnisse gleich, 41 % der Patienten erzielten in beiden Gruppen gute funktionelle Ergebnisse. Die Rate ist etwas geringer als die 48 %, die im Schnitt in den 2015 veröffentlichten randomisierten Studien in spezialisierten neuro-radiologischen Abteilungen erreicht wurden.

Ebenso deutet die Studie an, dass die Therapie auch interdisziplinär in interventionellen kardiologischen Labors erfolgen kann, deren Dichte meist höher ist als jener spezialisierter Neurologie-Einrichtungen. Jedoch sollten die Ergebnisse in größeren Studien überprüft werden.

Dr. med. Dirk Einecke