

## Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

# „30% der Patienten sind nicht (ausreichend) antikoaguliert“

Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) haben ein etwa fünffach erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden. Trotzdem erhält ein Großteil der Patienten keine leitliniengerechte Schlaganfallprophylaxe.

**MMW:** Was sieht eine leitliniengerechte Thromboembolie-Prophylaxe bei Patienten mit Vorhofflimmern vor?

**Breithardt:** Um das individuelle Schlaganfallrisiko zu beurteilen, gibt es beispielsweise den CHADS<sub>2</sub>-Score. Danach sollen alle Patienten mit einem hohen Schlaganfallrisiko (CHADS<sub>2</sub> > 2) eine Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten (VKA) erhalten. Patienten mit einem mittleren Risiko (CHADS<sub>2</sub> = 1) erhalten ASS oder VKA. Aber dieses Punktesystem wird in der Praxis nicht konsequent umgesetzt. Eine Studie des Kompetenznetzes Vorhofflimmern hat gezeigt, dass in Deutschland insgesamt knapp 30% der Patienten mit einem hohen Schlaganfallrisiko keine oder keine ausreichende Antikoagulation erhalten.

**MMW:** Woran liegt es, dass so viele Patienten nicht adäquat versorgt werden?

**Breithardt:** Die Anwendung der Vitamin-K-Antagonisten ist komplex und aufwendig. VKA sind nur in einem sehr engen therapeutischen Fenster effektiv – außerhalb davon besteht ein erhöhtes Risiko für Blutungen oder für Schlaganfälle. Die Wirkung der VKA wird jedoch durch zahlreiche Faktoren wie die Ernährung oder andere Pharmaka beeinflusst. So liegen viele Patienten außerhalb des therapeutischen Bereichs und werden somit nicht effektiv antikoaguliert. Die Angst vor Blutungen ist auch der Grund, warum viele Patienten die Therapie mit VKA gar nicht erhalten.

**MMW:** Wie unterscheidet sich der neue orale direkte Thrombininhibitor Dabigatranetexilat von den Vitamin-K-Antagonisten?

**Breithardt:** Der entscheidende Faktor ist, dass dieses Medikament in die letzte Stufe der Gerinnung eingreift und Thrombin direkt und selektiv hemmt. Die Vitamin-K-Antagonisten greifen im Gegensatz dazu an zahlreichen Punkten in die komplexe Gerinnungskaskade ein. Vorteilhaft ist, dass bei Dabigatranetexilat weder Monitoring noch Dosisanpassungen notwendig sind.

**Prof. Dr. Günter Breithardt**

Sprecher des Kompetenznetzes Vorhofflimmern

„Dabigatranetexilat hat in der RE-LY®-Studie einen wesentlich höheren Gesamtnutzen gezeigt als Warfarin.“

**MMW:** Was sind für die wichtigsten Ergebnisse der RE-LY®-Studie mit Dabigatranetexilat zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern?

**Breithardt:** Beeindruckend ist, dass Dabigatranetexilat eine alte Regel außer Kraft gesetzt hat. Diese besagt, dass Antikoagulationen bei einer höheren Wirkung auch mehr Blutungen mit sich bringen. Dabigatranetexilat war in der RE-LY®-Studie aber in der höheren getesteten Dosierung von 150 mg zweimal täglich effektiver als Warfarin und zeigte dabei keine höheren Blutungsraten. In der Dosierung von 110 mg zweimal täglich war Dabigatranetexilat ebenso wirksam wie Warfarin – bei niedrigeren Blutungsraten. Von Vorteil ist vor allem auch, dass mit beiden Dosierungen die Rate an intrazerebralen Blutungen gesenkt werden konnte. Insgesamt hat Dabigatranetexilat einen wesentlich höheren Gesamtnutzen gezeigt als Warfarin. Der Thrombininhibitor wird auf lange Sicht sicherlich eine wesentliche Rolle spielen.

## Weil Depression auch schmerzt

# Nicht nur die Psyche braucht Hilfe

— „Körperliche Schmerzen sollten als integrale Bestandteile einer Depression ernst genommen werden“, betonte Prof. Dr. Eckart Rüter, Feldafing. Der Psychiater verwies auf aktuelle Daten der deutschen PADRE-Studie: Von über 4500 ambulant behandelten Patienten mit einer akuten depressiven Episode hatten nach Arzteinschätzung 87,8% relevante Schmerzen bei Studienbeginn. In 72,1% der Fälle waren diese Schmerzen somatisch überwiegend nicht erklärbar. Rütters Erfahrung nach wirken die häufig eingesetzten SSRI zwar gut gegen depressive Symptome, jedoch

kaum gegen begleitende körperlich-schmerzhaft Beschwerden.

Dr. Heike-Ariane Washeim, Zirndorf, betonte, dass die Schmerzempfindung durch inhibierende absteigende Bahnen auf spinaler Ebene beeinflusst wird. Serotonin und Noradrenalin spielen dabei eine entscheidende Rolle. Bei der Depression besteht eine Imbalance zwischen diesen Neurotransmittern. Möglicherweise haben die Patienten deshalb ein verändertes Schmerzempfinden.

Der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine

(Cymbalta®) ist zur Behandlung von depressiven Erkrankungen, von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie und der generalisierten Angststörung zugelassen. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, so Washeim, dass Duloxetine einen direkten Einfluss sowohl auf die psychischen Symptome als auch auf die körperlich-schmerzhaften Beschwerden im Rahmen einer Depression hat.

■ Dr. Andreas Fischer  
Quelle: Pressegespräch, München, 9. Juni 2010 (Veranstalter: Lilly Deutschland)