

Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Sichere Gerinnungshemmung – unabhängig von der Begleitmedikation

— Viele Vorhofflimmern-Patienten haben weitere Herzerkrankungen. Deshalb braucht jeder fünfte von ihnen neben der Antikoagulation zusätzlich einen Plättchenhemmer, sei es aufgrund einer Erkrankung der Koronararterien, eines akuten Koronarsyndroms oder einer Stentimplantation. Doch die Behandlung mit Warfarin kann eine Vielzahl von Arzneimittelwechselwirkungen nach sich ziehen. Und die Antiplättchentherapie birgt in Kombination mit Antikoagulanzen ein erhöhtes Blutungsrisiko.

Vor diesem Hintergrund könnten die neuen Subgruppenanalysen der RE-LY-Studie interessant sein. Sie haben ergeben, dass der orale Gerinnungshemmer Dabigatran (Pradaxa®) das Schlaganfallrisiko von Patienten mit Vorhofflimmern wirksamer reduziert als Warfarin – und dies unabhängig von der Begleitmedikation. An der Studie hatten

mehr als 18 000 Patienten teilgenommen. Unter Dabigatran (2 x 150 mg/d) war das Schlaganfallrisiko signifikant um 35% niedriger als unter dem bisherigen Therapiestandard Warfarin. Auch das Risiko für intrakranielle und lebensbedrohliche Blutungen war unter Dabigatran signifikant niedriger.

Den neuen Subgruppenanalysen zufolge ist eine effektive Vorbeugung vor Schlaganfällen und systemischen Embolien durch den oralen direkten Thrombininhibitor auch bei gleichzeitiger Behandlung mit Plättchenhemmern wie Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel gegeben. Dabigatran war in der höheren Dosierung (2 x 150 mg/d) besser wirksam als Warfarin, schwere Blutungen traten mit vergleichbarer Häufigkeit auf. Unter der niedrigeren Dosierung von Dabigatran (2 x 110 mg/d) war das Risiko für schwere Blutungen niedriger als un-

ter Warfarin, dafür war die Schlaganfallreduktion beider Medikamente vergleichbar.

Patienten, die andere Begleitmedikamente wie Amiodaron, Verapamil und Diltiazem bekamen, profitierten von dem neuen Gerinnungshemmer hinsichtlich der Schlaganfallprävention ebenso wie Patienten ohne diese Begleitmedikation.

Thromboserisiko bei Herzklappen

Inzwischen ist die RE-ALIGN-Studie angelaufen, in der Dabigatran an Patienten mit Herzklappen untersucht wird. Derzeit stehen hier zur Reduktion des Thromboserisikos lediglich Vitamin-K-Antagonisten zur Verfügung, deren Einsatz mit diversen Einschränkungen verbunden ist.

■ Dr. Judith Neumaier
Quelle: Nach Information von Boehringer Ingelheim; ESC-Kongress 2011

Urikostatische Therapie

Aus Compliancegründen noch im akuten Stadium beginnen

— Oft lässt sich ein Gichtanfall bereits anhand der klinischen Symptomatik wie Mono-/Oligoarthritis mit Bevorzugung des Großzehengrundgelenks, rapider Progression, Erythem und Hyperurikämie erkennen. Allerdings können langjährige Verläufe mit atypischen Symptomen oder Begleiterkrankungen die Diagnostik erschweren. Zudem ist bei bis zu einem Drittel der Patienten im Anfall keine Hyperurikämie nachweisbar, wie Prof. Stefan Schewe, München, betonte.

Diagnostisch hilfreich kann die Sonografie der betroffenen Gelenke sein, zumal der hochauflösende Ultraschall Tophi und Gelenkerosionen deutlich sensitiver erkennt als konventionelle Röntgenaufnahmen.

Lässt sich die Ursache einer Mono-/Oligoarthritis klinisch nicht klären, ist eine Gelenkpunktion angezeigt. Diagnostisch wegweisend sind Harnsäurekristalle bei der Polarisationsmikroskopie. Die Punktion



Akute Gichtarthritis am Großzehengrundgelenk.

des Gelenks mit einer dünnen Nadel ist auch unter Marcumar sicher.

Um die akute Symptomatik zu lindern, eignen sich neben topischen Maßnahmen je nach Begleiterkrankungen NSAR, Glukokortikoide oder auch Colchicin, das in niedriger Dosierung ebenso wirksam ist wie hoch dosiert. Sind die etablierten Maß-

nahmen kontraindiziert, bieten Interleukin-1-Hemmer (z. B. Canakinumab) in Ausnahmefällen eine Alternative.

Wichtig ist in jedem Fall, den Harnsäurespiegel dauerhaft unter 6 mg/dl zu senken. Zu erwägen ist, die urikostatische Therapie – zusätzlich zu Colchicin und NSAR – aus Compliancegründen noch im akuten Stadium zu beginnen. Geeignete Präparate sind Allopurinol sowie der nicht purinanaloge Xanthinoxidase-Inhibitor Febuxostat (Adenuric®), der in einer Studie von Becker et al. die Harnsäure effektiver senkte als Allopurinol. Ein weiterer Vorteil von Febuxostat: Wegen seiner hepatischen Verstoffwechslung kann das Urikostatikum auch bei mittelgradiger Niereninsuffizienz eingesetzt werden.

■ Dr. Christoph Posch
Quelle: Symposium Klinische Rheumatologie, DGRh-Kongress, München, September 2011 (Veranstalter: Berlin-Chemie)