

Hier steht eine Anzeige.



Patient unter Antithrombotika

Antikoagulation nach Schlaganfall: was geht, was nicht?

Die antithrombotische Therapie schützt bei Vorhofflimmern wirksam vor einem Schlaganfall. Aber was tun, wenn der Patient dennoch einen ischämischen Insult erleidet? In dieser Gerinnungssprechstunde erhalten Sie Antworten auf Fragen, die sich im Praxisalltag ergeben.

? *Kann ein Patient, der unter einer oralen Antikoagulation steht, im Falle eines ischämischen Insults eine Thrombolyse bekommen?*

Grundsätzlich ist eine Lyse nur dann streng kontraindiziert, wenn ein NOAK innerhalb der letzten 24–36 Stunden eingenommen wurde oder bei einem Vitamin-K-Antagonisten der INR-Wert über 1,7 liegt. Wenn keine genauen Angaben über die letzte NOAK-Einnahme vorliegen, sollte kein Thrombolyse erfolgen. Ist eine Thrombolyse nicht möglich, so sollte eine mechanische Thrombektomie angestrebt werden.

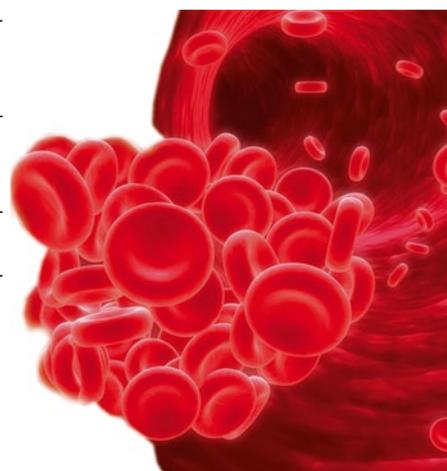
? *Wann sollte bei einem bisher nicht antikoagulierten Patienten mit Vorhofflimmern nach dem ischämischen Insult bzw. der TIA mit der Antikoagulation begonnen werden?*

Hierzu gibt es keine Studiendaten, sondern nur Expertenempfehlungen. Dabei ist es unerheblich, ob man ein NOAK oder einen Vitamin-K-Antagonisten einsetzt. Bei einer TIA kann die Antikoagulation ab Tag 1 nach dem Ereignis starten, bei einem leichten Schlaganfall ab dem dritten Tag, bei einem mittelschwereren Schlaganfall ab Tag 6 und bei einem schweren Schlaganfall nach zwölf Tagen, wobei bei letzteren zunächst immer mittels Bildgebung eine hämorrhagische Transformation ausgeschlossen sein sollte.

? *Ist es vertretbar, bei Vorhofflimmer-Patienten nach einer intrakraniellen Blutung die Antikoagulation wieder aufzunehmen?*

Nach aktuellen Erhebungen erhalten nur rund 25% der antikoagulierten Patienten nach einer intrakraniellen Blutung wieder eine Antikoagulation, und zwar aus Angst vor einer Rezidivblutung. Nicht selten wird auch nur ASS gegeben. Doch das Risiko für eine Rezidivblutung wird überschätzt. In einer Studie lag das Risiko für Schlaganfall oder Tod im ersten Jahr nach einer überstandenen intrakraniellen Blutung bei Patienten ohne OAK bei 27,3%, unter ASS bei 25,7% und unter Antikoagulation nur bei 13,6%. Angesichts dieser Ergebnisse, sollte man eine Wiederaufnahme der OAK nicht grundsätzlich ausschließen, sondern nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung diskutieren, wobei das Blutungsrisiko vorrangig zu beachten ist. Dabei dürfte auch ein NOAK mehr Sicherheit bieten. Sollte das Risiko für eine Rezidivblutung zu hoch sein, empfiehlt sich eventuell ein interventioneller Vorhofohrverschluss als Alternative.

Dr. Peter Stiefelhagen



© thinkstock