

Hirnblutung: Wann wieder antikoagulieren?

Wenn Patienten mit Vorhofflimmern eine intrazerebrale Blutung erleiden, wird die Antikoagulation ausgesetzt. Eine Beobachtungsstudie sollte zeigen, ob und wann sie wieder aufgenommen werden soll.

— Die Autoren analysierten retrospektiv Daten aus dem schwedischen Schlaganfallregister Riksstroke und weiteren Datenbanken. Erfasst wurden 2.619 im Mittel 78 Jahre alte Personen mit Vorhofflimmern, die zwischen 2005 und 2012 erstmalig eine nicht-traumatische intrazerebrale Blutung erlitten hatten.

Während der Nachbeobachtungszeit von 5.759 Personenjahren kam es zu 379 thrombotischen Ereignissen. 80% davon waren ischämische Schlaganfälle. Das kumulative 3-Jahres-Risiko lag bei Patienten, die wieder oral antikoaguliert wurden, bei 6,3%. Ohne Medikation lag es bei 13,8%. Patienten, die nach dem initialen Ereignis auf Thrombozytenfunktionshemmer eingestellt wurden, hatten gar ein Risiko von 18,8%.

In der gleichen Zeit traten 96 hämorrhagischen Ereignisse auf, 83,5% davon erneute intrazerebrale Blutungen. Hier hatten die Patienten mit oraler Antikoagulation ein Risiko von 6,9%, jene ohne Medikation eines von 4,4% und jene mit Plättchenhemmern von 3,9%.

Die orale Antikoagulation brachte also signifikant weniger thrombotische Ereignisse ohne signifikant erhöhte Blutungsgefahr. Geschlecht und CHA₂DS₂-VASc-Score hatten keinen Einfluss auf das Ergebnis. Als optimaler Zeitpunkt für den Wiederbeginn ließ sich der Zeitraum 7–8 Wochen nach der Hirnblutung identifizieren.

▪ Pennlert J, Overholser R, Asplund K et al. Optimal timing of anticoagulant treatment after intracerebral hemorrhage in patients with atrial fibrillation. *Stroke*. 2017;48:314–20

KOMMENTAR

Bis dato gibt zur Wiederaufnahme der oralen Antikoagulation keine prospektiv erhobenen Daten. Die Leitlinien stützen sich auf Beobachtungsstudien. Offenbar ist sie aber sinnvoll, besonders wenn Blutungsursachen wie Hypertonie oder Überdosierung des Antikoagulans kontrolliert werden können. Der optimale Zeitpunkt scheint ca. 8 Wochen nach dem Ereignis zu liegen.

Inzwischen wurden prospektive Studien begonnen – auch mit den neueren, direkten oralen Antikoagulanzen, die hier noch nicht verfügbar waren. Bis auf Weiteres aber muss die Therapieentscheidung anhand des individuellen Patientenprofils getroffen werden.

Dr. med. S. Lerch

Ein Zwillingss-Gossypibom nach Kaiserschnitt



Ein im Abdomen gealtertes Textilom im Röntgen (A), im CT (B) und als Resektat (C).

Das einzig wirklich Schöne an dieser Kasuistik ist der Name. Eine 42-jährige Frau hatte vor neun und vor sechs Jahren jeweils einen Kaiserschnitt gehabt. Seit drei Jahren nun spürte sie ein Völlegefühl im unteren Abdomen. Bei der Palpation tastete man nicht druckschmerzhafte Resistenzen in der rechten und linken Fossa iliaca. Im Röntgenbild und v. a. im CT zeigten sich beidseits symmetrische, nierenförmige, gut abgrenzbare Tumoren mit teils run-

den, teils linienförmigen Strukturen (Abb. A, B). Bei der Laparotomie fand man zwei weiche Tumoren, die teilweise mit dem Kolon und dem Omentum verwachsen waren. Beim Aufschneiden nach ihrer Resektion fanden sich Mulltupfer mit Bariumsulfat-Anteilen, die von einer dicken fibrösen Kapsel eingeschlossen waren (Abb. C). Es handelte sich offensichtlich um Hinterlassenschaften der Kaiserschnitte viele Jahre zuvor.

Nach operativen Eingriffen zurückgelassene, nicht-metallische Fremdkörper sind schwere Kunstfehler, haben aber in

der Fachsprache einen schönen Namen erhalten: Gossypibom. Er setzt sich aus dem lateinischen Wort Gossypium (Baumwolle) und dem suahelischen Wort Boma (Versteck) zusammen. Da Tupfer heutzutage nicht mehr aus Baumwolle, sondern aus synthetischem Material bestehen, spricht man auch von Textilomen.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

▪ Kondo T, Murayama A. Two pelvic masses. *N Engl J Med*. 2018;378:752