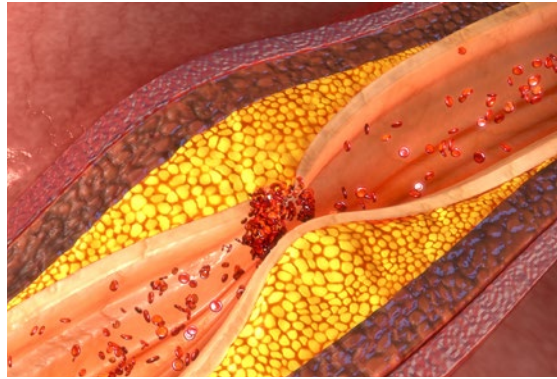


Schlagen VKA die neuen DOAK in der Praxis?

Die ab 2011 eingeführten direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) gelten als neue Champions in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit. Eine deutsche Studie mit Versorgungsdaten stellt diesen Status infrage.

— Um die Wirkung von Vitamin-K-Antagonisten (VKA) und DOAK bei Patienten mit Vorhofflimmern unter Real-world-Bedingungen zu vergleichen, wurden Daten von drei deutschen AOKen aus den Jahren 2011–2014 analysiert. Die damals verfügbaren DOAK waren Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban. Es wurden eine VKA- und eine DOAK-Gruppe mit je 37.439 gematchten Patienten gebildet. Der Altersschnitt lag in beiden Kohorten bei 78,2 Jahren, der Frauenanteil etwas über 50% und der CHA₂DS₂VASc-Score bei 2,96 bzw. 2,95.

Für beide Gruppen wurde die Anzahl verschiedener Ereignisse pro 100 Patientenjahre ermittelt, woraus Inzidenzratenverhältnisse und Hazard Ratios kalkuliert wurden. Es ergaben sich durchweg schlechtere Ergebnisse in der DOAK-Gruppe. Die Mortalität lag 1,22-fach höher als in der VKA-Gruppe, das Risiko für einen ischämischen Schlaganfall war 1,93-mal, das für transitorische ischämische Attacken (TIA) 1,44-mal, für Myokardinfarkte 1,31-mal, für arterielle Embolien 1,81-mal und für schwere Blutungen 1,95-mal größer. Lediglich bei hämorrhagischen Schlaganfällen schnitten DOAK im Trend besser ab.



Ein Blutgerinnsel verstopft einen arteriellen Engpass.

▪ Mueller S, Groth A, Spitzer SG. Real-world effectiveness and safety of oral anticoagulation strategies in atrial fibrillation: a cohort study based on a German claims dataset. *Pragmat Obs Res.* 2018;9:1–10

KOMMENTAR

Nahezu 60 Jahre lang waren VKA die einzige Therapieoption zur Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern. Ab 2011 wurden dann die DOAK eingeführt, die unter Studienbedingungen bei diesen Patienten immer wieder Vorteile gegenüber VKA gezeigt haben. Doch lohnt es sich offenbar, das Augenmerk einmal auf die „wahre Welt“ und den medizinischen Alltag in Praxis und Klinik zu richten. Auch wenn es sich um eine retrospektive Analyse von Kostenträger-Routinedaten handelt, ist doch ein klarer Trend zu erkennen.

Schaut man genauer in die Daten, so zeigt sich, dass ein gehöriger Anteil der DOAK-Patienten die reduzierte Dosis erhielten (z. B. Apixaban 2 × 2,5 mg/d) – obwohl 49% dieser Patienten keine Niereninsuffizienz hatten. Die Sensibilitätsanalyse ergab jedoch, dass die reduzierte Dosis tatsächlich weniger effektiv war, was sich in höheren Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse ausdrückte.

Zwar hat die Abwägung zwischen wirksamer Schlaganfallprophylaxe und vertretbarem Blutungsrisiko immer oberste Priorität, dies darf aber nicht zu einer unbegründeten Niedrigdosistherapie mit DOAK führen. Insgesamt ergibt sich das Bild, dass die DOAK im deutschen Versorgungsalltag schlechter abschneiden als die gut gemanagte VKA-Therapie. Allerdings könnte dies auch wirklich eine deutsche Besonderheit sein. Ein möglicher Grund könnte die bessere Patientenführung bei der Verordnung von VKA sein, da die Patienten häufiger zu Kontrollbesuchen in die Praxis bestellt werden. Somit lässt sich das bessere Abschneiden der VKA möglicherweise mit der guten Qualität des Managements in deutschen Praxen erklären.

Prof. Dr. med. H. J. Heppner

Hier steht eine Anzeige.