NOAK für Schrittmacherimplantation unterbrechen?

Wenn Patienten, die eine Antikoagulation mit einem neuen oralen Antikoagulans (NOAK) erhalten, einen Schrittmacher oder einen ICD benötigen, kann die Antikoagulation für den Eingriff unterbrochen oder fortgeführt werden. Beide Strategien weisen in der BRUISE CONTROL-2-Studie vergleichbar niedrige Komplikationsraten auf.

Patienten mit Vorhofflimmern müssen sich nicht selten einer kardialen Device-Implantation unterziehen. Hier stellt sich die Frage des perioperativen Vorgehens. Die Autoren der beim Kongress der „American Heart Association“ (AHA) in Anaheim vorgestellten BRUISE CONTROL-2-Studie hatten die Studienhypothese aufgestellt, dass es besser sei, eine NOAK-Therapie fortzuführen, wenn Schrittmacher oder Defibrillatoren implantiert werden.

Bei VKA ist die Fortführung der Therapie überlegen

In zwei Vorgängerstudien, der BRIDGE-Studie und der BRUISE CONTROL-Studie, hatte sich die Fortführung einer Therapie mit dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin während des Implantationseingriffes einer Unterbrechung der Antikoagulation nebst perioperativem „Bridging“ mit niedermolekularem Heparin als überlegen erwiesen.

Bei vergleichbaren thromboembolischen Komplikationsraten traten in den „Bridging“-Gruppen mehr Blutungskomplikationen auf.

Somit war die Frage des Vorgehens für Vitamin-K-Antagonisten geklärt: Man führt die Therapie fort. Ausnahmen: Patienten mit mechanischen Herzklappenprothesen oder kürzlich zurückliegendem Schlaganfall, Embolien, Beinvenenthrombosen oder Lungenembolien, so der Rat der BRUISE CONTROL-2-Diskutantin Dr. Mina Chung von der Cleveland Clinic.

Doch heute werden immer mehr Patienten mit NOAK behandelt. Wie würde der Balance-Akt zwischen den Risiken einer thromboembolischen Komplikation und einer perioperativen Blutung hier ausfallen?

In den großen NOAK-Studien war eine vorübergehende Unterbrechung der Antikoagulation mit einem dreifach erhöhten Risiko für Schlaganfälle und systemische Embolien assoziiert, erläuterte Studienautor Dr. David Birnie von der Universität Ottawa. Auf der anderen Seite drohen Blutungen in die subkutane Device-Tasche, die für den Patienten auch unangenehme oder gefährliche Folgen haben können, etwa Infektionen oder eine längere Unterbrechung der Antikoagulation.

Die Patienten der BRUISE CONTROL-2-Studie standen unter Therapie mit Dabigatran (Pradaxa®), Rivaroxaban (Xarelto®) oder Apixaban (Eliquis®). Sie wurden randomisiert zwischen Fortsetzung und Unterbrechung der Antikoagulation. Im Falle von Rivaroxaban und Apixaban wurde die Antikoagulation zwei Tage vor dem Eingriff ausgesetzt. Bei Dabigatran entschied die glomeruläre Filtrationsrate über die Dauer der Unterbrechung. Alle drei Medikamente wurden wieder eingenommen, wenn seit dem Eingriff wenigstens 24 Stunden verstrichen waren.

Bei NOAK gibt es eine Pattsituation

Die Größe des Studienkollektivs war eigentlich mit 846 Patienten berechnet worden. Doch das Daten- und Sicherheits-Komitee brach die Studie nach Einschluss von 662 Patienten ab. Grund war eine sehr niedrige Rate klinisch signifikanter Blutungen von 2,1 %, die in beiden Gruppen absolut identisch war.

Im Gegensatz zu den Vitamin-K-Antagonisten hat man somit bei den NOAK also die Wahl. Man kann die Antikoagulation unterbrechen, etwa bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko. Oder man führt sie fort, etwa bei hohem Schlaganfall-Risiko bzw. bei dringlichem Eingriff.

Dr. med. Dirk Einecke

Quelle: Late Breaking Clinical Trials 1, Kongress der American Heart Association (AHA) 2017, 11.–15.11.2017 in Anaheim

Eine Frage, die die Besucher des AHA beschäftigte, war, welche Plättchenhemmer nach einer Bypass-OP zum Einsatz kommen sollten (S. 17). Wiederbelebungsmaßnahmen bei plötzlichen Herztoden werden wohl immer noch zu selten initiiert (mehr dazu S. 18).