



Der EuroPCR – einer der weltweit führenden Kongresse für interventionelle kardiovaskuläre Medizin – fand dieses Jahr im Palais des Congrès in Paris statt.

© rglinsky / Getty Images / iStock

Was ist die optimale antithrombotische Strategie nach Vorhofverschluss?

Neue Studienlage

Zur Verhinderung thromboembolischer Ereignisse wird nach einem Vorhoffibrationsverschluss in der Regel eine dreimonatige duale Plättchenhemmer-Therapie initiiert. In einer randomisierten Studie hat sich jetzt allerdings eine andere Strategie als überlegen erwiesen.

Noch immer besteht Unsicherheit aufgrund mangelnder Evidenz über das optimale antithrombotische Regime in der ersten Phase nach einem Vorhoffibrationsverschluss (LAA-Verschluss). Es gibt mehrere Optionen, wie z. B. die einfache Plättchenhemmung, die duale antithrombozytäre Therapie (DAPT) oder die orale Antikoagulation. Trotz der dünnen Datenlage hat sich die DAPT mit ASS und Clopidogrel für drei Monate im Alltag durchgesetzt.

Deutlich reduziertes Risiko

Diese gelebte Praxis wird nun durch eine Interimsanalyse der ADALA-Studie infrage gestellt, die zeigen konnte, dass eine niedrigdosierte NOAK-Therapie (Apixaban $2 \times 2,5$ mg/d) hinsichtlich Effektivität und Sicherheit einer DAPT mit ASS und Clopidogrel überlegen war. „Die niedrigdosierte NOAK-Therapie war mit einer Reduktion des primären Endpunktes assoziiert“, brachte Dr. Xavier Freixa, Kardiologe in Barcelona, das Hauptergebnis auf dem Punkt. Während der dreimonatigen medika-

mentösen Prophylaxetherapie erlitten zwei Patienten in der NOAK-Gruppe (4,6%) ein thrombotisches oder schweres Blutungsereignis, in der DAPT-Gruppe waren zehn Personen betroffen (21,7%). Damit konnte das NOAK-Regime das Risiko für den primären Endpunkt – bestehend aus thromboembolischen Ereignissen und devicebezogenen Thromben sowie schweren hämorrhagischen Ereignissen – um gut 80% reduzieren (Hazard Ratio [HR]: 0,19; $p = 0,018$).

Schwere Blutungskomplikationen kamen in der NOAK-Gruppe seltener vor (4,6% vs. 13,0%), wobei dies nicht signifikant war (HR: 0,34; $p = 0,17$). Signifikant reduziert war dagegen die Häufigkeit der Blutungsereignisse mit Raten von entsprechend 4,6% vs. 28,3% (HR: 0,14; $p = 0,002$). Ebenso konnte das NOAK-Regime die Entstehung devicebezogener Thromben eher verhindern als die Plättchenhemmung: bei entsprechend 0,0% vs. 8,7% der Patienten war ein solcher Thrombus in der Bildgebung nachweisbar ($p = 0,045$). Todesfälle gab es in keiner Gruppe.

Der mittlere CHA_2DS_2-VASc -Score der Teilnehmenden lag zu Beginn bei 4,0, der mittlere HAS-BLED-Score bei 3,5. Bei den meisten Patienten wurde das Amulet-Device implantiert (67,8%), in 23,3% der Fälle wurde das Watchman-Device verwendet.

Laufende Studie soll endgültig Klarheit bringen

Die Studie sei jedoch zu klein, um endgültige Schlüsse für die Praxis schließen zu können, wie in der anschließenden Diskussion beim EuroPCR zu hören war. Aufgrund des frühen nachweisbaren Vorteils des NOAK-Regimes wurde die Studie vorzeitig gestoppt und statt der geplanten 160 nur 90 Patienten nach Verschluss des Vorhoffibrations eingeschlossen. Eine Bestätigung der Ergebnisse erwartet Freixa von der laufenden ANDES-Studie. Insgesamt 350 Patientinnen und Patienten mit einem implantierten Vorhoffibrationsverschluss-Device sollen für die Studie rekrutiert werden. Getestet wird, ob unmittelbar nach dem LAA-Verschluss eine achtwöchige NOAK-Therapie eine wirksamere und sicherere Thromboseprophylaxe bietet als das übliche DAPT-Regime.

Veronika Schlimpert

EuroPCR-Kongress 2023, 16.-19.5., Paris; Freixa X.: Low dose direct oral anticoagulation vs. DAPT after LAA