

Richtig antikoagulieren bei Vorhofflimmern und Niereninsuffizienz

— Ältere Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern weisen oft eine eingeschränkte Nierenfunktion auf. Diese erhöht per se die Risiken für ischämische Schlaganfälle und Blutungskomplikationen. Wann und wie diese Patienten richtig antikoaguliert werden, erläuterte Prof. Gunnar Heine, Medizinische Klinik II, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main.

Zwei eindeutige Punkte vorab: Auch bei chronischer Niereninsuffizienz (CKD) gilt: Wer Vorhofflimmern und einen sehr niedrigen CHA₂DS₂-VASC-Score aufweist, braucht keine Antikoagulation. Patienten mit mechanischen Herzklappen sollten bei gegebener Indikation Vitamin-K-Antagonisten (VKA) erhalten.

Bei mäßiggradiger CKD, entsprechend einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) von 30–60 ml/min x 1,73m², sollten die Patienten bei entsprechendem Risiko antikoaguliert werden, so Heine. Die Risiko-Nutzen-Bilanz ist hier ähnlich wie bei erhaltener Nierenfunktion.

Mittel der Wahl sind neue orale Antikoagulanzen (NOAK). Die klinische Überlegenheit gegenüber VKA ist für alle NOAK gezeigt worden, wobei man bei Dabigatran

wegen der Ausscheidung über die Niere Vorsicht walten lassen sollte.

Heine zitierte als Beispiel Ergebnisse der ENGAGE-AF-TIMI-48-Studie mit Edoxaban (Lixiana®)[1]. In der Studie zeigten sich keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Niereninsuffizienz. Die Nutzen-Risiko-Bilanz war für Edoxaban gegenüber Warfarin umso deutlicher positiv, je stärker die Nierenfunktion eingeschränkt war, so Heine. Er machte darauf aufmerksam, dass Edoxaban im Bereich einer Kreatinin-Clearance von 15–50 ml/min in der Dosis von 60 mg/d auf 30 mg/d reduziert werden sollte.

Auch bei CKD im weiter fortgeschrittenen Stadium mit einer Kreatinin-Clearance von 15–30 mg/ml gibt es für die meisten Patienten mit Vorhofflimmern eine Indikation für eine Antikoagulation, die mit einem NOAK durchgeführt werden sollte. Allerdings gibt es kaum Studien in dieser Population. In der japanischen Studie ELDERCARE AF, in der 15 mg/d Edoxaban versus Placebo getestet wurden, zeigte sich unter dem NOAK eine signifikante Wirksamkeit bei numerisch mehr Blutungen. Die empfohlene Edoxaban-Dosis in diesem Stadium ist gleichwohl 30 mg/d.



Bei Niereninsuffizienz muss die Antikoagulation ggf. angepasst werden.

Bei Dialyse und Vorhofflimmern gibt es nur wenige Daten aus kleinen oder nicht randomisierten Studien. Wenn man sich für eine Antikoagulation entscheidet, dann sollte ein NOAK und kein VKA gegeben werden, so Heine. Alternativen könnten ein Vorhoffokkluder sein oder in Zukunft vielleicht Faktor-XI-Inhibitoren werden.

Dirk Einecke

Symposium „Antikoagulation bei Hochrisikopatienten“, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 13. April 2023; Veranstalter: Daiichi Sankyo; [1] Giugliano RP et al. N Engl J Med. 2013;369:2093-104; [2] Okumura K et al. N Engl J Med. 2020;383:1735-45

© Mohammed Haneefá Nizamudeen / Getty Images / iStock

Letzter Warnschuss: Dekompensierte Herzinsuffizienz

— Nach der Dekompensation einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ist Vericiguat ein wichtiger Behandlungsbaustein geworden. Solche Ereignisse sollten zum Anlass genommen werden, um das Management der Herzinsuffizienz konsequent zu optimieren, so Prof. Frank Edelmann, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie, Charité, Universitätsmedizin Berlin.

Ein „worsening heart failure event“ definiert eine besonders vulnerable Patientengruppe mit einer vierfach erhöhten Sterblichkeit im ersten Jahr. Vericiguat (Verquvo®), das über die Stimulation der löslichen Guanylatcyclase einen neuen Wirkansatz verfolgt, wurde in der VICTORIA-Studie bei 5.050 Patientinnen und Patienten mit einem

solchen Ereignis untersucht. Das Medikament wurde zusätzlich zu den etablierten Herzinsuffizienz-Medikamenten verabreicht [1]. Das Risiko für den primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod oder Krankenhausbehandlung wegen Herzschwäche) wurde durch die zusätzliche Behandlung um 5,3% pro 100 Patientenjahre (Hazard Ratio 0,88, number needed to treat = 19) im Vergleich zu Placebo reduziert.

Bedeutsam sei, dass Vericiguat gut vertragen wird. Es hat langfristig z.B. nur einen geringen Einfluss auf den Blutdruck. Die Betroffenen verspüren oft eine Verbesserung in der Alltagsbewältigung, was zur Therapietreue beiträgt, so Edelmann.

Der sGC-Stimulator kann bis zu einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate

(eGFR) von 15 ml/min/1,73m² gegeben werden.

Es sei nicht notwendig, dass beim Therapiestart von Vericiguat schon alle vier Basismedikamente in voller Dosis „an Bord“ sind. Allerdings sollte ein Dekompensationsereignis Anlass sein, auch die Basistherapie zu überprüfen und zu optimieren. Grundsätzlich sollte der Patient nach dem Ereignis engmaschig überwacht werden, so Edelmann. Ein Grund ist die notwendige Aufdosierung von Vericiguat: Man beginnt mit 1 x 2,5 mg/d und steigert im 2-Wochen-Rhythmus über 1 x 5 mg/d auf 1 x 10 mg/d. Bei fast allen Patienten gelingt das auch.

Dirk Einecke

Pressekonferenz „Verquvo® (Vericiguat) im Praxistest: Klinische Erfahrungen bei Herzinsuffizienz nach Dekompensation“, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 14. April 2023; Veranstalter: Bayer Vital; [1] Armstrong PW et al. N Engl J Med. 2020;382:1883-93