

## Hirnschlaggefahr und Blutungsrisiko bei Vorhofflimmern

# Hochrisikopatienten trotzdem antikoagulieren

**Bei Hochrisikopatienten mit Vorhofflimmern kann ein Behandlungsdilemma entstehen. Denn diese entwickeln unter Antikoagulation eine hohe Blutungsgefahr; dies allein sollte jedoch kein Grund sein, grundsätzlich auf eine Blutverdünnung zu verzichten, so PD Dr. Jan Steffel, Universitätsspital Zürich, am ESC-Kongress.**

Mit zunehmender Punktzahl im CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score (*Tabelle*) erhöht sich das jährliche Risiko für ein thromboembolisches Ereignis. Liege dieses mit 0 Punkten noch bei 0,8 Prozent, steige es mit 1 Punkt auf 2, mit 2 Punkten auf 3,7, mit 5 Punkten auf 15 und mit 9 Punkten schliesslich auf 23 Prozent pro Jahr an, erläuterte Steffel. Ein Alter ab 75 Jahren sowie ein vorgängiger Hirnschlag respektive eine TIA (transiente ischämische Attacke) bezeichnen per se schon ein höheres Risiko. Hochrisikopatienten, namentlich die über 75-Jährigen mit all ihren Komorbiditäten, haben somit ein grosses Risiko, einen Hirnschlag zu erleiden, aber gleichzeitig auch ein hohes Blutungsrisiko bei Antikoagulation. Das führt zu einem Dilemma. «Wir tendieren dazu, das Blutungsrisiko über- und das Hirnschlagrisiko und vor allem seine Folgen in diesem Alter unterzubewerten», monierte Steffel. «Entwickelt der Patient eine Blutung aufgrund einer Antikoagulation, ist das eine Folge der Behandlung. Wird der Patient nicht antikoaguliert und entwickelt er einen Hirnschlag, betrachten wir Ärzte dies als unabwendbare Folge des Vorhofflimmerns. Die Folgen können aber für den Patienten ungleich schwerwiegender sein; und auch diesen Fall muss man als ein (indirektes) iatrogenes Ereignis betrachten», so Steffel weiter.

Hochrisikopatienten haben ein hohes Risiko für Hirnschlag, aber auch eine grosse Risikoreduktion durch eine Antikoagulation mit NOAK. Die absolute Risikoreduktion sei bei Patienten mit hohem Risiko sogar höher (verglichen mit einem Vitamin-K-Antagonisten) als bei Patienten mit geringerem Risiko, rechnete Steffel vor. Deshalb sollten laut Steffel auch Hochrisikopatienten primär mittels NOAK antikoaguliert werden.

### NOAK bei Betagten und Sturzgefährdeten

In der ENGAGE-AF-TIMI-48-Studie, bei der doppelblind randomisiert und plazebokontrolliert 21 105 Patienten mit mittlerem bis hohem Hirnschlagrisiko während 2,8 Jahren Edoxaban oder Warfarin erhalten hatten, war der primäre Endpunkt das Auftreten eines Hirnschlags oder eines thromboembolischen Ereignisses sowie als Sicherheitsendpunkt das Auftreten einer stärkeren Blutung. Edoxaban war Warfarin in der Prävention von Hirnschlag oder thromboembolischen Ereignissen (Hazard Ratio [HR]: 0,79; 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,63–0,99) nicht unterlegen und verursachte gleichzeitig signifikant tiefere Blutungsraten und weniger Todesfälle kardiovaskulärer Ursache (1). Bei Betrachtung der Subgruppe der  $\geq 75$ -Jährigen (n = 8474) zeigte sich, dass Edoxaban Warfarin nicht unterlegen war (HR: 0,83; 95%-KI: 0,66–1,04), während die Rate an stärkeren Blutungen unter Edoxaban signifikant tiefer lag (HR: 0,83; 95%-KI: 0,70–0,99) (2). Hochrisikopatienten mit erhöhtem Sturzrisiko sind oft älter und laufen Gefahr, nicht antikoaguliert zu werden. In der Subgruppenanalyse der ENGAGE-AF-TIMI-48-Studie profitierten aber auch sie (n = 900) (HR: 0,96; 95%-KI: 0,53–1,75). Unter Edoxaban zeigte sich eine grössere absolute Risikoreduktion bezüglich starker Blutung und Gesamtmortalität als unter Warfarin (3). «Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, vorgängigem Hirnschlag oder TIA, Frauen, Herzinsuffiziente der NYHA-Klassen III–IV wie auch Patienten mit Klappenerkrankungen oder Tumoren profitierten in den Subgruppenanalysen von Edoxaban mindestens gleich viel, wenn nicht noch mehr», so Steffel. Somit sei Edoxaban auch bei Hochrisikopatienten eine gute Alternative zu den Vitamin-K-Antagonisten. ▲

Valérie Herzog

Quelle: Satellitensymposium von Daiichi: «State-of-the-art lipid treatment in coronary patients 2017», ESC-Kongress 2017, 26. bis 31. August 2017 in Barcelona.

Referenzen in der Onlineversion des Beitrags unter [www.rosenfluh.ch](http://www.rosenfluh.ch)

<b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score zur Risikostratifizierung des Hirnschlagrisikos bei Vorhofflimmern</b>	
Herzinsuffizienz (Congestive heart failure)	1 (Punktzahl)
Hypertonie	1
Alter > 65–75 Jahre	1
Diabetes mellitus	1
Schlaganfall/TIA/Thromboembolie	2
Vaskuläre Erkrankung (z.B. pAVK, Herzinfarkt, Aortenplaque)	1
Alter $\geq 75$ Jahre	2
Weibliches Geschlecht	1
<b>maximaler Score</b>	<b>9</b>
<b>Auswertung/Empfohlene antithrombotische Therapie</b>	
Männer $\geq 2$ , Frauen $\geq 3$ OAK, bevorzugt NOAK: • Apixaban 2 $\times$ 5 mg/Tag* • Dabigatran 2 $\times$ 150 mg/Tag • Edoxaban 1 $\times$ 60 mg/Tag* • Rivaroxaban 20 mg/Tag* • VKA, INR 2,0–3,0	Männer 1, Frauen 2 OAK erwägen unter Berücksichtigung von Patientencharakteristika und -präferenzen, bevorzugt NOAK: • Dabigatran 2 $\times$ 150 mg/Tag • Edoxaban 1 $\times$ 60 mg/Tag* • Rivaroxaban 20 mg/Tag* • VKA, INR 2,0–3,0
Männer 0, Frauen 1: Keine Behandlung	
Quelle: Modifiziert nach <a href="http://www.agla.ch">www.agla.ch</a> * Dosisreduktion entsprechend Fachinformation. Abkürzungen: TIA = transiente ischämische Attacke; pAVK = periphere arterielle Verschlusskrankheit; OAK = orale Antikoagulation; NOAK = neue orale Antikoagulanzien; VKA = Vitamin-K-Antagonist	