

Real-World-Studie GARFIELD-AF bei Vorhofflimmern

Antikoagulation in der Hirnschlagprävention lohnt sich

Aus klinischen Studien ist bekannt, dass Antikoagulanzen bei Patienten mit Vorhofflimmern helfen, Hirnschlägen vorzubeugen und Leben zu verlängern. Entsprechend sind auch die Empfehlungen in den Guidelines zum CHA₂DS₂-VASc-Score 1 bis 2. Dass sich der Erfolg dieser Massnahme auch im Praxisalltag niederschlägt, zeigt das grösste multinationale, prospektive GARFIELD-AF-Register. Es liefert auch die Antwort darauf, ob sich dazu Vitamin-K-Antagonisten oder NOAK besser eignen.

Vorhofflimmern, woran rund 8,8 Millionen Europäer leiden, erhöht das Hirnschlagrisiko um das Fünffache. Einer von fünf Hirnschlägen ist auf Vorhofflimmern zurückzuführen. Solche durch Vorhofflimmern ausgelöste ischämische Hirnschläge seien oft tödlich oder verursachen eine schwere Behinderung, und die Rückfallrate von Überlebenden sei hoch, erklärte Prof. John Camm, St. George's University of London (GB), am ESC-Kongress. Als Präventionsmassnahme bei Vorhofflimmern ist die Antikoagulation unbestritten (1). Das prospektive GARFIELD-Register, das zwischen 2013 und 2016 länderübergreifend 20 564 Patienten mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern aufgenommen hat, bietet die Gelegenheit, den Effekt der Antikoagulation im Praxisalltag, der unterschiedlichen Antikoagulanzen und der Kombination mit Plättchenhemmern zu analysieren. In der am ESC-Kongress präsentierten Analyse wurden Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) (n = 10 184) und Patienten mit neuen oralen Antikoagulanzen NOAK (n = 10 380) mit Patienten ohne Antikoagulation (n = 7608) miteinander verglichen. Jene Patienten ohne Antikoagulation hatten zu 60 Prozent einen Plättchenhemmer.

VKA und NOAK im Vergleich

Die orale Antikoagulation reduzierte im Vergleich zu keiner Antikoagulation nach zwei Jahren die Gesamtmortalität signifikant (Hazard Ratio [HR]: 0,83; 95%-Konfidenzintervall [KI]: 0,75–0,93; p = 0,002), ebenso Hirnschläge und systemische Embolien (HR: 0,79; 95%-KI: 0,64–0,97; p = 0,028). Dabei schnitten in Bezug auf die Gesamtmortalität die NOAK klar besser ab als die VKA (HR: 0,81; 95%-KI: 0,71–0,92; p < 0,001), bei Hirnschlag und Embolien war der Unterschied jedoch nicht signifikant.

Erwartungsgemäss war der Anteil der schweren Blutungen in der Antikoagulationsgruppe höher als in der Gruppe ohne Antikoagulation (HR: 1,41; 95%-KI: 1,04–1,91; p = 0,029), zwischen NOAK und VKA gab es jedoch keinen signifikanten Unterschied.

«Diese Resultate aus dem Praxisalltag bestätigen die Ergebnisse aus den klinischen Studien und unterstreichen den Nutzen der Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern, natürlich zum Preis von mehr schweren Blutungen», konstatierte Camm.

Antikoagulation plus Plättchenhemmung nicht bei Vorhofflimmern

Das GARFIELD-Register beantwortet noch eine weitere Frage aus dem Praxisalltag: Verbessert eine Kombination von Antikoagulanzen und Plättchenhemmern die Prognose von Patienten mit Vorhofflimmern? Wegen des erhöhten Blutungsrisikos ist eine Kombination von Antikoagulanzen und Plättchenhemmern im Allgemeinen nur in der Prävention von zusätzlichen Koronar- oder peripheren Thrombosen bei Patienten, die einen Myokardinfarkt durchgemacht haben oder an einer peripheren arteriellen Erkrankung leiden, angezeigt, so Prof. Keith Fox, University of Edinburgh (GB). Was es wirklich bringt oder ob es schadet, war eigentlich nicht ganz klar.

Um dies zu beantworten, wurden Daten von 25 815 Patienten mit neu diagnostiziertem Vorhofflimmern herangezogen. Davon hatten 3133 Patienten die Kombination, die restlichen eine alleinige Antikoagulation erhalten. Als Endpunkte waren Gesamtsterblichkeit, Hirnschlag, schwere Blutungen sowie Myokardinfarkt und akutes Koronarsyndrom nach einem Jahr definiert.

Das Resultat ist eindeutig. Bei allen Endpunkten schnitt die Kombination im Vergleich zur alleinigen Antikoagulation schlecht ab: erhöhtes Risiko für schwere Blutungen (HR: 1,45; 95%-KI: 0,94–2,23), erhöhtes Risiko für Gesamtmortalität (HR: 1,31; 95%-KI: 1,05–1,62), keine Risikoreduktion bezüglich Hirnschlag (HR: 1,60; 95%-KI: 1,08–2,35). Patienten, die zum Zeitpunkt ihrer Diagnose eine Kombination erhielten, hätten eine schlechtere Prognose als unter einer alleinigen Antikoagulation, fasste Fox die Resultate zusammen. Ohne klare Indikation für eine Plättchenhemmung sei ein solcher Zusatz wohl nicht gerechtfertigt. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Late-break registry results 2». Jahreskongress der European Society of Cardiology (ESC) 2018, 25. bis 29. August in München.

Referenzen:

1. Camm AJ: Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2010; 31: 2369–2429.