

Orale Antikoagulation bei älteren VHF-Patienten

Vorhofflimmern-- In unserer älter werdenden Gesellschaft wird das Management von Vorhofflimmern (VHF) immer wichtiger. Im Rahmen einer Webinar-Reihe referierten Experten zum Stellenwert Nicht-Vitamin-K-abhängiger oraler Antikoagulantien (NOAK) in der Schlaganfallprophylaxe.

„Ältere Patienten haben einen noch besseren Benefit bezüglich Effizienz von NOAKs verglichen mit Vitamin-K-Antagonisten als jüngere Patienten.“

ZITAT PROF. JAN STEFFEL



UNIV. PROF. DR. JAN STEFFEL
Klinik für Kardiologie am
Universitätsklinikum Zürich © privat

lenen und in den Studien untersuchten Dosierungen halten. Eine Dosisreduktion sollte nur bei Erfüllung entsprechender Reduktionskriterien laut Fachinformation erfolgen.

Die Webinar-Reihe zum Vorhofflimmern bei älteren Patienten wird vom Springer Medizin Verlag mit Unterstützung der Firma Daiichi Sankyo veranstaltet ■

Literatur

1. PIONEER AF-PCI; RE-DUAL-PCI; AUGUSTUS; ENTRUST-AF PCI
2. Collet JP et al., Eur Heart J 2020
3. Neumann FJ et al., Eur Heart J 2019;40:87-165
4. Giustino G et al., J Am Coll Cardiol. 2016;68:1851-64
5. Hindricks G et al., Eur Heart J 2020. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612
6. Ruff et al., Lancet 2014;383:955-962
7. Gomes-Outes et al., J Am Coll Cardiol. 2016;68:2508-21.
8. Turakhia et al., Eur Heart J 2018;39:2314-25
9. GU ZC et al., Cardiovasc Diagn Ther 2019;9:410-9
10. Hohnloser et al., Eur Heart J 2012
11. Bohula EA et al., Circulation 2016;134:24-36
12. Böhm et al., JACC 2015;65:2481-93
13. Steffel J et al., Eur Heart J 2018;39:1330-1393
14. Kaufman et al., JAMA 2002;287:337-344
15. Piccini et al., Circulation 2016;133:352-60
16. Kato et al., J Am Heart Assoc 2016;5:e003432
17. Steffel J et al., JACC 2016;68:1169-78
18. Amara W et al., Eur Heart J Suppl 2016;18 (Supplement D):D1-D6.
19. Andrade J et al., Can J Cardiol 2016;32:747-53

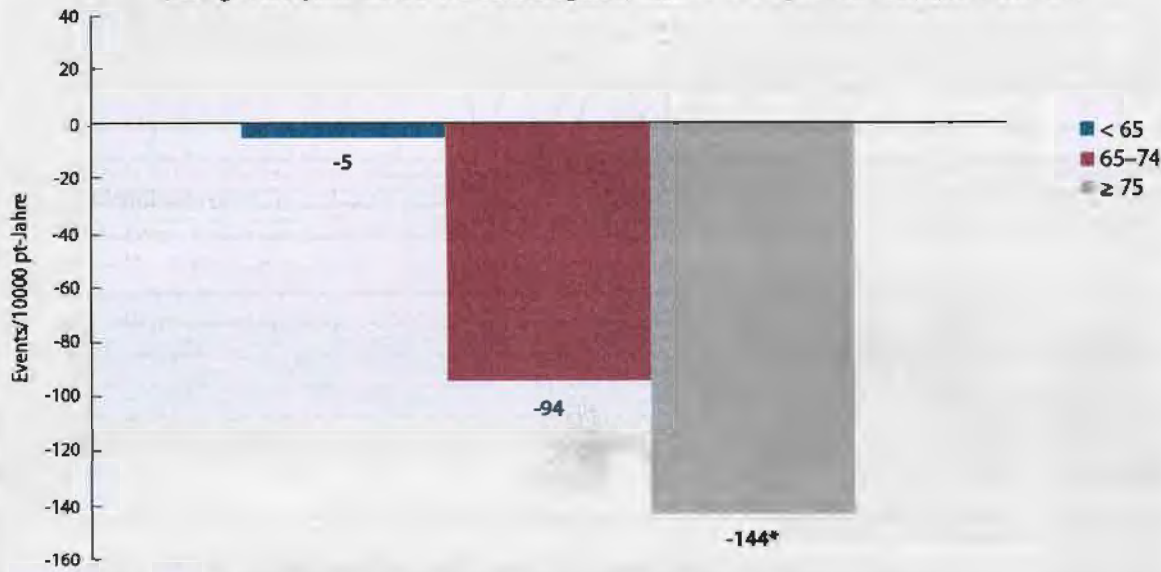


IMPRESSUM

Quelle: Webinar-Reihe zum Vorhofflimmern bei älteren Patienten, 27. Jänner 2021, Veranstaltung von Daiichi Sankyo Austria GmbH
Berichterstattung: Dr. Claudia Polzer
Redaktion: Dr. Hannelore Nöbauer, Wien
Corporate Publishing: Elise Haidenthaler
© Springer Medizin Verlag GmbH
Die Herausgeber der Zeitung übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.

Mit freundlicher Unterstützung der
Daiichi Sankyo Austria GmbH

Primäres klinisches Nettoergebnis
(Schlaganfall, systemische embolische Ereignisse, schwere Blutungen oder Tod jeglicher Ursache)



Absolute Risikoreduktion bei älteren VHF-Patienten unter Edoxaban verglichen mit Warfarin. (modifiziert nach Kato et al. J Am Heart Assoc 2016;5:e003432). *p<0.05 für Vergleich vs Warfarin.

Es referierten Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber, Leiter der 3. Medizinischen Abteilung (Kardiologie, Intensivstation und Brustschmerzabteilung) an der Klinik Ottakring in Wien sowie Univ.-Prof. Dr. Jan Steffel, stellvertretender Direktor der Klinik für Kardiologie am Universitätsklinikum Zürich.

Der multimorbide ältere VHF Patient in der täglichen Routine

Zu Beginn legte Prof. Huber anhand des Fallbeispiels einer multimorbiden Patientin die Herausforderungen bzw. Empfehlungen für eine antithrombotische Therapie dar. Es gilt, das Schlaganfallrisiko bestmöglich zu verringern, ohne ein zu hohes Blutungsrisiko einzugehen. Vorhofflimmerpatienten, die nach akutem Koronarsyndrom und einer Stentimplantation sowohl ein erhöhtes Ischämierisiko als auch ein erhöhtes Blutungsrisiko aufweisen, sind in der kardiologischen Praxis keine Seltenheit.

Diesbezüglich belegen mehrere Studien¹, dass eine duale antithrombotische Therapie (DAT) aus NOAK und Clopidogrel gegenüber einer Tripletherapie (mit ASS) eine Reduktion schwerer Blutungskomplikationen bewirkt. Als Standardtherapie empfehlen die aktuellen ESC Guidelines², je nach ischämischen Risiko des Patienten, eine Tripletherapie lediglich bis zu einer Woche nach PCI, gefolgt von einer dualen antithrombotischen Therapie bis zu zwölf Monate.

Die Einschätzung des Schlaganfallrisikos erfolgt mittels des CHA₂DS₂-VASc-Scores, jene des Blutungsrisikos mittels HAS-BLED-Score³. Bei erhöhtem Ischämierisiko kann eine längere Tripletherapie bis zu einem Monat erfolgen. Hinweise auf ein hohes Ischämierisiko sind unter anderem: vormaliger Myokardinfarkt oder Stentthrombose, eine diffuse Mehrgefäßerkrankung (v. a. bei Diabetikern) oder eine chronische Nierenerkrankung.³ Auch Kriterien wie Anzahl und Länge der Stents fließen in die Risikobewertung mit ein.⁴

Bei hohem Blutungsrisiko wiederum kann die DAT bereits nach 6 Monaten auf ein NOAK umgestellt werden. In weiterer Folge – und hier decken sich die

NSTEMI Leitlinien mit jenen zum Vorhofflimmern⁵ –, sollte eine orale Antikoagulation vorzugsweise mit NOAKs erfolgen, da sie verglichen mit Vitamin-K-Antagonisten sowohl effizienter sind als auch ein geringeres Blutungsrisiko mit sich bringen.⁶

Gemäß dem ABC-Schema der ESC Guidelines 2020 sind neben (A) Antikoagulation und Schlaganfallvermeidung auch (B) ein besseres Symptomanagement (Rhythmus- und/oder Frequenzkontrolle) und (C) die Optimierung kardiovaskulärer Risikofaktoren und Komorbiditäten zu beachten.

Vorhofflimmern – eine langfristige Gesundheitsbelastung

Univ.-Prof. Dr. Jan Steffel vom Universitätsklinikum Zürich wies in seinem ersten Vortrag auf die zunehmende Anzahl von Vorhofflimmerpatienten hin. Jede dritte Person entwickelt im Laufe seines Lebens einmal Vorhofflimmern⁶, Tendenz steigend. Gründe dafür sind die zunehmende Lebenserwartung und die große Anzahl an Risikofaktoren, wie z. B. KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD, Adipositas u. v. m. Entsprechend multidisziplinär sollte die Behandlung erfolgen.

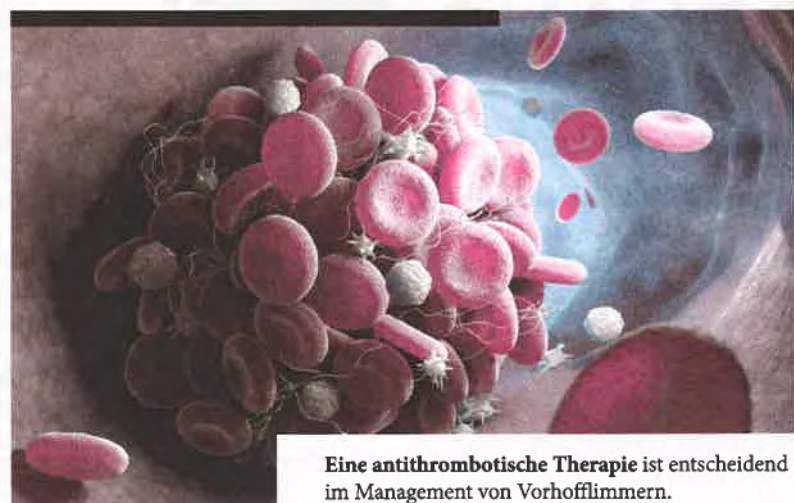
Gemäß dem Konzept „CC to ABC“ der aktuellen ESC Guidelines muss zualererst das Vorhofflimmern (mittels EKG) diagnostiziert und auch charakterisi-

„Die orale Antikoagulation sollte mit einem NOAK durchgeführt werden, da sie bei gleicher Verhinderung von Ischämien eine geringere Blutungskomplikationsrate aufweisen.“

ZITAT PROF. KURT HUBER



PRIM. UNIV. PROF. DR. KURT HUBER
3. Med. Abteilung,
Klinik Ottakring, Wien © privat



Eine antithrombotische Therapie ist entscheidend im Management von Vorhofflimmern.

siert werden, durch Einschätzung von Schlaganfallrisiko, Symptomschwere und Häufigkeit des Vorhofflimmerns sowie anatomische und strukturelle Veränderungen. Darauf folgt die Therapie bestehend aus Schlaganfallprophylaxe/Antikoagulation, Symptomkontrolle und Komorbiditätenbehandlung. Für die Balance aus Schlaganfall- und Blutungsrisiko – eines der Hauptziele einer Antikoagulation – haben sich nicht vitamin-K-abhängige orale Antikoagulantien als Mittel der ersten Wahl erwiesen. Vor allem fatale Blutungen sind unter NOAK-Therapie weit seltener als unter VKA.⁷ Die ESC Guidelines 2020 empfehlen deshalb primär den Einsatz von NOAKs zur Antikoagulation (IA-Empfehlung) und auch den Umstieg von Vitamin-K-Antagonisten auf NOAKs im Fall unbefriedigender INR-Werte.

Der alternde Vorhofflimmerpatient in der klinischen Praxis

Chronische Niereninsuffizienz und Vorhofflimmern haben ähnliche Risikofaktoren und bedingen sich gegenseitig.⁸ Ab einem gewissen Grad der Nierenfunktionsminderung muss die Dosierung von NOAKs angepasst werden. Insgesamt bleibt jedoch auch bei diesen Patienten der Vorteil durch NOAKs gegenüber den Vitamin-K-Antagonisten in Bezug auf Blutungen, Schlaganfall und Gesamtmortalität nicht nur bestehen⁹, sondern ist im Fall von Apixaban und Edoxaban sogar größer als bei Patienten mit normaler Nierenfunktion.^{10,11} Auch wirken sich NOAKs, im Gegensatz zu VKA, auf längere Sicht weniger auf die Nierenfunktion aus.¹² Da NOAKs (hier v. a. Dabigatran) aber renal ausgeschieden werden, sollte unterhalb einer Clearance von 50 ml/min eine Dosisreduktion erfolgen.¹³ Zur Einschätzung der Nierenfunktion sollte man sich laut Prof. Steffel nach der Kreatinin-Clearance und nicht nach der GFR richten.

Je älter die Patienten werden, umso mehr Medikamente nehmen sie ein.¹⁴ Je mehr Medikamente ein Patient einnimmt, umso höher ist die Ereignisrate von Blutungen, intrakraniellen Hämorrhagien oder Schlaganfall.¹⁵ Das hat auch mit Medikamenteninteraktionen zu tun. Solche sind bei NOAKs zwar deutlich geringer als bei VKA, müssen aber beachtet werden, u. a. bei Kombination mit manchen Antibiotika, antiviralen Medikamenten oder auch Johanniskraut.¹³ Höheres Alter und Sturzrisiko sind kein Grund, Patienten eine Antikoagulation mit NOAKs vorzuenthalten. Im Gegenteil profitiert gerade diese Patientengruppe von einer Antikoagulation.^{16,17}

Richtige Balance zwischen Risiko und Nutzen einer Antikoagulation

Für die Behandlung mit NOAKs empfiehlt Prof. Steffel ein Follow-up, um Verträglichkeit, etwaige (Blutungs-) Komplikationen und Adhärenz bei den Patienten im Auge zu behalten. Bei 1 x täglicher Medikamentengabe ist die Adhärenz erwiesenermaßen besser^{18,19}, andererseits hat das Auslassen einer Einzeldosis bei einem 2 x täglich verabreichten Präparat laut Prof. Steffel geringere Auswirkungen auf den Plasmaspiegel. In jedem Fall sollte man sich an die empfoh-