

Kombinierte Thrombozyten- und Gerinnungshemmung bei kardiovaskulären Erkrankungen

PD Dr. med. Michael Weber
Med. Klinik Amperklinik, Klinikum Dachau

Die antithrombotische Behandlung von Patienten mit kardialen Erkrankungen wird dann zur Herausforderung, wenn gleichzeitig das Risiko einer arteriellen (Stent) Thrombose und einer Embolie besteht. Am häufigsten sind hiervon Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Vorhofflimmern betroffen, aber natürlich auch Fälle mit künstlichem Herzklappenersatz und Zustand nach venöser Thrombose oder Lungenembolie.

In diesen Fällen muss die Kombination einer oralen Antikoagulation mit einer mono oder dualen Plättchenhemmung erwogen werden, da eine Plättchenhemmung alleine weder mit ASS noch mit ADP Antagonisten (meist Clopidogrel) das Embolierisiko ausreichend senkt. Die Kombination beseitigt das entsprechende Thrombose- bzw. Embolierisiko effektiv, geht aber gleichzeitig mit einer deutlichen Steigerung des Blutungsrisikos einher. Besonders eine Tripletherapie kann deshalb nur für einen begrenzten Zeitraum bei Patienten mit einem erheblichen Embolierisiko in Betracht kommen. Gleichzeitig sollte bei diesem Personenkreis im Falle eines notwendigen Stenteinsatzes ein unbeschichteter Stent benutzt werden, der die Notwendigkeit der dualen Plättchenhemmung auf 4 Wochen begrenzt.

Bei der Antikoagulation wegen Vorhofflimmern ist das Blutungsrisiko sorgfältig gegen das der Embolie in Abhängigkeit vom CHADS – Score abzuwägen. Eine neue Studie zeigt ein erschreckend hohes Blutungsrisiko bei der Neueinstellung auf orale Antikoagulation bei älteren Patienten. Deshalb ist bei gleichzeitiger Niereninsuffizienz

und Sturzgefahr ein Verzicht bzw. ein Ersatz durch eine alleinige ASS Therapie die sichere Alternative.

Fazit für die Praxis:

1. Die alleinige Kombination aus oraler Antikoagulation und ASS ist bei Patienten nach Stentimplantation mit Vorhofflimmern nicht ausreichend, da vermehrt Komplikationen, insbesondere Stentthrombosen auftreten.

2. Die Gabe von Clopidogrel und ASS bietet bei Patienten mit Vorhofflimmern und einem CHADS Score >2 auf Dauer keinen ausreichenden Schutz vor arteriellen Embolien.

3. Bei Patienten mit hohem Embolierisiko z. B. nach Herzklappenersatz mit einer mechanischen Prothese ist eine Triple-Therapie nach Stentimplantation je nach Stenttyp für 4 Wochen (BMS) oder sogar 6 Monate (DES) notwendig, geht aber mit einem erheblichen Anstieg des Blutungsrisikos einher.

4. Die Empfehlung in den Leitlinien der ESC/ACC/AHA, einer Kombination aus oraler Antikoagulation und Clopidogrel nach Stentimplantation bei Patienten mit Vorhofflimmern, geht auf eine retrospektive Studie zurück und bedarf der Bestätigung durch prospektive Untersuchungen, von denen eine (AFACS) voraussichtlich 2009 abgeschlossen wird.

5. Trotz aller Diskussion über eine ASS oder Clopidogrel Resistenz wird die Messung der Plättchenhemmung noch nicht von den Leitlinien empfohlen.