

## Nach gastrointestinaler Blutung wieder antikoagulieren

**K** -- Staerk L, Lip GY, Olesen JB et al. Stroke and recurrent haemorrhage associated with antithrombotic treatment after gastrointestinal bleeding in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ* 2015 (16. November); 351: h587

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Renato L. Galeazzi

Nach einer gastrointestinalen Blutung unter Antikoagulation, steht man immer vor dem Dilemma, entweder die Antikoagulation mit der Gefahr erneuter Blutungen weiterzuführen oder sie zu stoppen mit der Gefahr von thromboembolischen Ereignissen. Da die Indikation für die Antikoagulation und die verwendeten Medikamente stark variieren können, ist eine generelle Antwort kaum möglich. In dieser dänischen Kohortenstudie wurde eine homogene Gruppe von Kranken mit der Frage untersucht, ob und in welcher Art und Weise die Antikoagulation wiederaufgenommen werden soll. Dafür wurden aus einem landesweiten, zentralen Register alle an nicht-valvulärem Vorhofflimmern Erkrankten ausgewählt, die im Zeitraum von 1996 bis 2012 eine gastrointestinale Blutung erlitten hatten. Innerhalb einer Frist von 90 Tage nach dem Blutungsereignis reduzierte sich die initiale Zahl von 4602 Teilnehmenden um 1193 Personen, insbesondere wegen Blutungsrezidiven und thromboembolischen Ereignissen. 423 starben in diesem Zeitabschnitt. Die verbleibenden 3'409 Personen (45% Frauen, durchschnittliches Alter 78 Jahre) wurden im Rahmen der Studie weiter untersucht. Endpunkte waren: Tod jeglicher Ursache, thromboembolische Ereignisse und Blutungskomplikationen (alle klinisch relevanten Blutungen sowie gastrointestinales Blutungen).

Bei 27,1% der Untersuchten wurde die Antikoagulation vollständig gestoppt, 21,3% wurden oral antikoaguliert (mit Vitamin-K-Antagonisten, Dabigatran [Pradaxa®] oder Rivaroxaban [Xarelto®]), 38,5% erhielten einen Plättchenhemmer (Acetylsalicylsäure [Aspirin cardio® u.a.] oder einen Adenosindiphosphat-Antagonisten, z.B. Clopidogrel [Plavix® u.a.]), 11,3% erhielten eine Kombination aus oraler Antikoagulation und einem Plättchenhemmer, 1,5% eine Kombination aus zwei verschiedenen Plättchenhemmern (Acetylsalicylsäure und einen Adenosindiphosphat-Antagonisten).

Von allen 4602 Personen starben im Laufe der ersten zwei Jahren 40%, somit hat eine gastrointestinale Blutung bei älteren Leuten einen hohen Voraussagewert für den Tod. Ein Blick auf die Inzidenzkurven der Todesfälle innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem Blutungsereignis zeigte, dass unter erneuter oraler Antikoagulation das Risiko zu sterben geringer war (sowohl mit als auch ohne zusätzlichen Plättchenhemmer). Die «Hazard-Ratio» für Tod jeglicher Ursache (im Vergleich mit vollständig gestoppter Antikoagulation, für das Thromboembolie-Risiko korrigiert) betrug 0,39 für orale Antikoagulation, 0,41 für eine Kombinationsbehandlung mit oraler Antikoagulation und Plättchenhemmer, und 0,76 für Plättchenhemmer allein. Auch für thromboembolische Ereignisse schnitt die orale

Antikoagulation besser ab als die Kombination oder Plättchenhemmer allein. Unter oraler Antikoagulation war das Risiko für klinisch relevante Blutungen insgesamt etwas erhöht. Gastrointestinale Blutungen hingegen traten bei allen Arten der Antikoagulation ähnlich häufig auf, rein zahlenmässig waren sie etwas häufiger als ohne Antikoagulation, der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Da die Zahl der Personen, die mit der neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) behandelt wurden, war sehr klein. Deshalb sind keine Aussagen zum Unterschied zwischen NOAK und klassischer oraler Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten möglich.

*Bei dieser Studie - es wurden viele ähnliche durchgeführt - sticht vor allem ins Auge, wie ernst eine gastrointestinale Blutung zu werten ist. Sie ist ein schlechtes Omen hinsichtlich Lebenserwartung, insbesondere bei älteren Menschen. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten der Antikoagulation hingegen sind nicht sehr eindrücklich. Und das Damoklesschwert einer Blutung hängt über jeder Art der Antikoagulation! Die Studie bestätigt die Resultate einer früheren Untersuchung, die vor rund drei Jahren in unserer Zeitschrift zusammengefasst und kommentiert wurde (siehe infomed-screen 1/2013): Die niedrigeren Mortalitäts- und Thromboembolie-Raten sprechen für eine Wiederaufnahme der Antikoagulation, und zwar bevorzugt mit oraler Antikoagulation statt mit Plättchenhemmern.*

Zusammengefasst und kommentiert von Renato L. Galeazzi