

CHA₂DS₂-VASc-Score von 1

Antikoagulieren oder nicht? Das ist hier die Frage!

Für die Schlaganfall-Prävention bei Vorhofflimmern gibt es klare Vorgaben, wenn der CHA₂DS₂-VASc-Score 0 oder ≥ 2 ist. Zum Vorgehen bei intermediärem Risiko hat die ESC jetzt Stellung bezogen.

Ungefähr 15% aller Patienten mit Vorhofflimmern haben einen CHA₂DS₂-VASc-Score von 1 und befinden sich damit in einem Graubereich, was die Empfehlung zur oralen Antikoagulation (OAK) betrifft. „Eine OAK sollte erwogen werden“, heißt es in der Leitlinie – sofern der eine Score-Punkt nicht durch den Risikofaktor weibliches Geschlecht zustande kommt.

Die Abwägung zwischen Nutzen und Blutungsgefahr muss bei diesen Patienten mit intermediärem Risiko für Schlaganfall und andere thromboembolische Komplikationen allerdings besonders sorgfältig geführt werden. Orientieren kann man sich dabei an der Stellungnahme von zwei Arbeitsgruppen der europäischen Kardiologengesellschaft ESC.

Keine OAK bei HAS-BLED ≥ 2

Generell besteht ein Konsens, dass das Risiko für eine thromboembolische Komplikation mindestens 1% pro Jahr betragen muss, damit eine OAK gerechtfertigt ist. Ob die Ereignisrate bei Vorhofflimmerpatienten mit einem CHA₂DS₂-VASc-Score von 1 diese Grenze überschreitet,

gilt laut den ESC-Experten um Patrick Sulzgruber von der Universität Wien inzwischen als fraglich. In Studien wurden für thromboembolische Ereignisse Jahresraten zwischen 0,6 und 1,3% ermittelt. Dieses Risiko muss individuell gegen das Blutungsrisiko abgewogen werden.

Goldstandard für Letzteres ist der HAS-BLED-Score. Bei einem Score-Wert von 2 liegt die jährliche Rate an schweren Blutungen bei 1,9–3,2%. „Bei Patienten mit intermediärem thromboembolischem Risiko und einem HAS-BLED-Score ≥ 2 sollte eine OAK daher nicht in Erwägung gezogen werden“, heißt es in der Stellungnahme. Beträgt der HAS-BLED-Score 1 Punkt, was einem jährlichen Blutungsrisiko von 0,59–1,51% entspricht, sollen weitere Faktoren zur Abschätzung des Nettoeffektes einer OAK herangezogen werden.

In diesem Zusammenhang weisen die ESC-Experten darauf hin, dass weibliches Geschlecht, für das im CHA₂DS₂-VASc-Score 1 Punkt vergeben wird, „nicht per se ein Risikofaktor ist, sondern für die Risikoabschätzung nur dann zählt, wenn ein weiterer Risikofaktor vorhanden ist“. Ins-

gesamt seien von den Risikofaktoren im CHA₂DS₂-VASc-Score ein Alter über 65 und ein Typ-2-Diabetes besonders bedeutsam. Eine gut eingestellte Hypertonie sei dagegen nicht als Risiko anzusehen.

Als zusätzliche Risikofaktoren zur Abschätzung des Nettonutzens einer OAK eignen sich der Stellungnahme zufolge etwa Rauchen, Alkoholkonsum, Adipositas oder Demenz. Mit einem erhöhten Thromboembolierisiko verknüpft sind außerdem eine Proteinurie und eine verminderte Nierenfunktion, erhöhte kardiale Biomarker (NT-pro-BNP, Troponin T und I) und ein vergrößerter linker Vorhof.

Für den Nutzen einer OAK scheint anders als bei höherem Schlaganfallrisiko auch der Vorhofflimmerntyp von Relevanz zu sein: Ein permanentes Auftreten ist offenbar gefährlicher als ein paroxysmales. Generell raten die Experten, bei einem CHA₂DS₂-VASc-Score von 1 der Vermeidung eines therapiebedingten Schadens Vorrang zu geben vor der Vermeidung eines Schlaganfalls.

NOAK vor VKA; kein ASS

Falls die Entscheidung zugunsten einer OAK ausfällt, sollen Nicht-Vitamin-K-abhängige OAK (NOAK) den Vitamin-K-Antagonisten (VKA) vorgezogen werden. Nach Subgruppenanalysen aus Phase-III-Studien „scheinen NOAK in dieser Patientengruppe mit intermediärem Schlaganfallrisiko einen therapeutischen Vorteil gegenüber VKA zu haben“.

Keine Evidenz gibt es dagegen für die Prävention mit ASS. „ASS sollte bei Patienten mit einem CHA₂DS₂-VASc-Score von 1 und ohne KHK nicht zur Schlaganfallvorbeugung in Betracht gezogen werden“, heißt es. Eine zeitlich begrenzte duale Plättchenhemmung wird lediglich bei Patienten mit ACS und/oder Koronarintervention als Option angesehen.

Dr. Beate Schumacher

Wann antikoagulieren bei einem CHA₂DS₂-VASc-Score von 1?

