

NOAKs - gibt es Unterschiede?

Ca. 20% aller Schlaganfälle sind die Folge einer Embolie. Die häufigste Emboliequelle ist das „Ohr“ des linken Vorhofs. Die Wirkung einer Antikoagulation zur Verhinderung thrombembolischer Schlaganfälle mit Vitamin-K-Antagonisten ist unumstritten. Hämorrhagisch bedingte Schlaganfälle sind zwar wesentlich seltener als thrombembolische, führen jedoch meist zu fatalen Konsequenzen hinsichtlich Morbidität bzw. Mortalität. Im Gegensatz zu thrombembolischen Schlaganfällen hat der Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten die Häufigkeit an hämorrhagischen Schlaganfällen nicht reduziert. NOAKs („Nicht Vitamin-K-Antagonisten“) haben in vier großen randomisierten Studien gezeigt, dass sie auch das Risiko eines hämorrhagischen Schlaganfalls signifikant reduzieren können. Ein direkter Vergleich der vier NOAKs existiert nicht, so dass klinisch relevante Unterschiede nur hypothetisch diskutiert werden können. In den neuesten Leitlinien werden für die vier NOAKs unterschiedliche Empfehlungen in Abhängigkeit von Schlaganfallrisiko, Blutungsrisiko, Alter, Zustand nach gastrointestinale Blutung und eingeschränkter Nierenfunktion gegeben. Ein spezifisches, direktes Antidot existiert derzeit nur für das Dabigatran. Für die kassenärztliche Versorgung sollte erwähnt werden, dass es für das Dabigatran und das Edoxaban Rabattverträge für unterschiedliche gesetzliche Krankenkassen gibt. Bei Patienten mit Zustand nach stärkerer Blutung unter oraler Antikoagulation oder bei besonderes hohem Blutungsrisiko sollte ein kathetergestützter Verschluss des linken Vorhofohrs in Erwägung gezogen werden.

18. 6. 2016

Prof. Dr. med. Sigmund Silber, München