



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 51 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2012

ALSTER - LAA Register: Vorhofflohrverschluss bei Patienten mit Marcumar-Kontraindikation – Schema für die Antikoagulation und Umgang mit Thrombusbildung am Device

Felix Meincke et al., Hamburg

Vorhofflimmern ist eine der führenden Ursachen für ischämische cerebrale Insulte. Bis vor kurzem war eine systemische Antikoagulation die einzige Möglichkeit, um die Wahrscheinlichkeit eines solchen Ereignisses bei Patienten mit hohem Risiko zu vermindern. Leider ist die Behandlung mit Marcumar mit erheblichen Nebenwirkungen (Blutungskomplikationen) verbunden, die Einhaltung des schmalen therapeutischen Bereiches gelingt in vielen Fällen nicht. Auch neue orale Antikoagulantien wie Dabigatran (Pradaxa[®]) scheinen für Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko nicht uneingeschränkt geeignet zu sein. Diese Kombination aus erhöhtem Risiko für thrombembolische Ereignisse und Blutungen bedeutete bisher ein therapeutisches Dilemma.



Felix Meincke

In der PROTECT-AF-Studie konnte gezeigt werden, dass der Verschluss des linken Vorhofflohrs (LAA) mittels WATCHMAN[®]-Device bei Patienten mit Vorhofflimmern und einem CHADS2-Score ≥ 2 der Antikoagulation mittels Marcumar nicht unterlegen ist. Allerdings erhielten hier auch die Patienten nach WATCHMAN-Implantation für die ersten 45 Tage Marcumar und anschließend duale Plättchenhemmung bis sechs Monate nach Implantation.

Es ist daher bisher unklar, welches Antikoagulations-Regime bei Patienten mit Kontraindikationen gegenüber Marcumar während der ersten 45 Tage sicher und effektiv ist. Wir berichten im Folgenden unsere Erfahrungen mit dualer

Plättchenhemmung statt Marcumar, dem Umgang mit Thrombusbildung am Device sowie der Auswahl der Device-Größe in Abhängigkeit vom LAA-Diameter.

Bei der Durchführung der Prozeduren wurde in unserem Zentrum ein Device-Diameter 20-30 Prozent größer als der LAA-Diameter gewählt. Dieses Vorgehen weicht von den Empfehlungen des Herstellers ab, welcher eine Kompression von 10-20 Prozent empfiehlt. Wir erwarten von einer größeren Kompression eine niedrigere Gefahr von Device-Embolisationen, außerdem sollte es seltener zu intraprozeduralen Device-Wechseln wegen eines negativen Tug-Tests kommen.

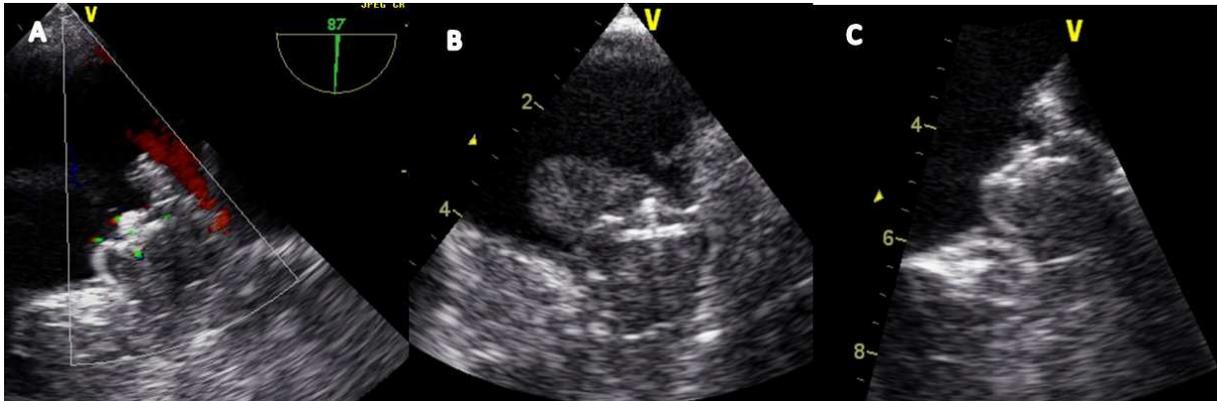
Bei 37 von 41 seit 2010 in unserem Zentrum durchgeführten LAA-Verschlüssen mittels WATCHMAN®-Devices konnte auf Grund von absoluten Kontraindikationen postinterventionell keine Marcumar-Therapie erfolgen. Stattdessen erfolgte eine doppelte Plättchenhemmung für drei oder sechs Monate, je nach Blutungsrisiko, mit anschließender Umstellung auf eine ASS-Monotherapie. Alle Patienten erhielten nach drei Monaten ein Follow-up-TEE. Falls sich hier ein Thrombus am Device zeigte, wurde eine Therapie mit niedermolekularem Heparin (NMH) für mindestens vier Wochen mit anschließend erneuter TEE-Kontrolle durchgeführt.

Das mittlere Alter der Patienten betrug 73,8 ($\pm 1,5$) Jahre, der CHA₂DS₂-VASC-Score 4,3 ($\pm 0,2$) und der HAS-BLED-Score 3,5 ($\pm 0,2$). Grund für das Absetzen von Marcumar waren für 59 Prozent der Patienten Blutungen. Das Vorhofsohr konnte in allen Fällen erfolgreich verschlossen werden, es kam zu keiner prozeduralen Mortalität. Als periprozedurale Komplikationen traten zwei Perikardergüsse (5 %) auf, welche jeweils durch Perikardpunktion entlastet wurden. Eine chirurgische Intervention war nicht notwendig, beide Patienten konnten nach wenigen Tagen beschwerdefrei entlassen werden. Die hier beobachtete Häufigkeit von Perikardergüssen entspricht der in anderen Patientenkollektiven nach WATCHMAN®-Implantation beschriebenen. Eine größere Kompression (20-30%) scheint diesbezüglich also kein erhöhtes Risiko darzustellen. Auf Grund der großen Variabilität der LAA-Anatomie erlaubt die Wahl eines größeren Device vielmehr häufig erst einen effektiven Verschluss aller relevanten Bereiche des LAA. Im Follow-up kam es bei einem Patienten zu einer transitorischen ischämischen Attacke, andere cerebrovaskuläre Ereignisse traten nicht auf.

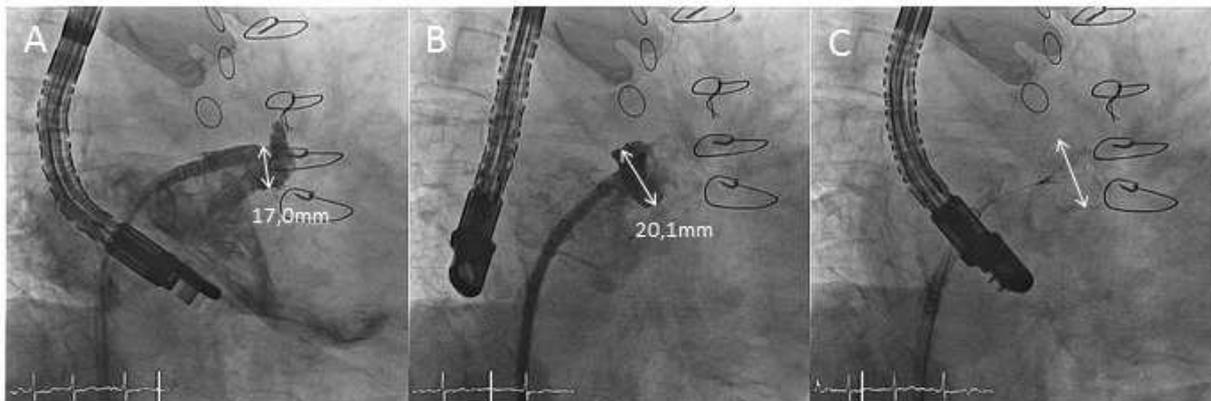
In zwei Fällen wurden in den Follow-up-Untersuchungen Thromben am WATCHMAN®-Device festgestellt (5 %). In einem Fall war dies mit einem vorzeitigen Absetzen der dualen Plättchenhemmung auf Grund einer vermuteten gastrointestinalen Blutung assoziiert. In beiden Fällen kam es unter Therapie mit NMH zu einer vollständigen Auflösung des Thrombus, cerebrovaskuläre Ereignisse traten bei diesen Patienten nicht auf. Eine ähnliche Häufigkeit konnte auch bei Verwendung von Marcumar in den ersten 45 Tagen in der Protect-AF-Studie sowie in anderen Registern beobachtet werden. Die duale Plättchenhemmung stellt daher unserer Auffassung nach für Patienten mit einem stark erhöhten Blutungsrisiko oder stark schwankenden INR-Werten eine Alternative zu dem in der Protect-AF-Studie verwendeten Schema nach WATCHMAN®-Implantation dar.

Die dargestellten Daten zeigen, dass eine Thrombusbildung am Device weiterhin ein relevantes Problem darstellt. Eine Behandlung mit NMH für vier bis sechs Wochen kann unserer Erfahrung nach eine zuverlässige Auflösung des Thrombus erreichen. Es traten hierdurch in unserem Kollektiv auch keine

thrombembolischen Ereignisse auf. Allerdings sollte dieses Problem bei der Entwicklung neuer Devices durch die Wahl geeigneter Materialien und Anpassungen in der Form des Devices berücksichtigt werden.



A: WATCHMAN® direkt nach Implantation; B: WATCHMAN® mit Thrombus; C: WATCHMAN® ohne Thrombus nach Behandlung mit niedermolekularem Heparin



A: LAA vor Implantation (17mm Ostium-Durchmesser); B und C: Device nach Implantation eines 27mm WATCHMAN®-Devices (Kompression 29%) mit und ohne Kontrastmitteldarstellung

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit knapp 8000 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.