



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 04/2011

Vergleich des CHADS₂-Score mit dem CHA₂DS₂-VASC-Score in einem prospektiven, multizentrischen Register bei Patienten mit Vorhofflimmern nach koronarer Stentimplantation – Erste Ergebnisse der AFCAS-Studie

PD Dr. habil. Axel Schlitt et al., Halle

Die neue Vorhofflimmer-Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) empfiehlt die Verwendung des CHA₂DS₂-VASC-Scores, um bei Patienten mit Vorhofflimmern und einem CHADS₂-Score < 2 zu entscheiden, ob eine Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) oder Vitamin-K-Antagonisten (VKA) oder bei niedrigem Risiko keine Therapie zur Prävention thrombembolischer Ereignisse notwendig ist. Es ist unklar, inwieweit dieser neue Score die antithrombotische Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern beeinflussen wird.



PD Dr. habil. Axel Schlitt

Für Patienten mit Vorhofflimmern nach einer koronaren Stentimplantation liegen mittlerweile Empfehlungen zur blutgerinnungshemmenden Therapie entsprechend eines Konsensuspapiers der ESC vor. Bis dato war bei nur potenzieller Indikation zur oralen Antikoagulation (CHADS₂-Score < 2) in dieser Situation zu überlegen, ob die auf Grund der Stentimplantation notwendige, duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS und Clopidogrel ohne Zugabe eines Antikoagulanz ausreichend ist. Der neue CHA₂DS₂-VASC-Score erhöht potenziell die Zahl derer mit Indikation zur oralen Antikoagulation. Es stellt sich die Frage, ob durch die Anwendung des neuen Scores die Zahl der Patienten mit Indikation zur Triple-Therapie (ASS+Clopidogrel+orale Antikoagulation), die in dieser Situation im Regelfall mindestens vier Wochen empfohlen wird, gesteigert werden könnte.

AFCAS (Management of patients with **A**trial **F**ibrillation undergoing **C**oronary **A**rtery **S**tenting) ist eine europäische, prospektive, multizentrische Registerstudie, die Patienten mit Vorhofflimmern nach koronarer Stentimplantation rekrutiert hat. Ziel dieser Studie ist es zum einen, die aktuelle Therapie dieser Patienten in Europa zu dokumentieren, zum anderen die möglichen Kombinationsschemata (duale antithrombozytäre Therapie, Triple-Therapie, u. a.) miteinander hinsichtlich der Wirksamkeit (Verhinderung von Herzinfarkten, Stentthrombosen, Schlaganfällen, kardialen Todesfällen) und Sicherheit (Blutungen) zu vergleichen. In der vorliegenden Analyse wurden die Daten insbesondere unter dem Aspekt des CHA₂DS₂-VASC-Scores untersucht. Insgesamt 20 Zentren aus sechs europäischen Ländern (Deutschland, Finnland, Großbritannien, Italien, Schweden, Spanien) nahmen an dieser Studie teil. Über 1000 Patienten wurden eingeschlossen, aktuell wurden die Daten von 963 Studienteilnehmern analysiert.

Das hohe Risikoprofil dieser Patienten zeigt sich unter anderem in einem mittleren Lebensalter von $73,0 \pm 8,2$ Lebensjahren, einem mittleren BMI von $28,2 \text{ kg/m}^2$, einem hohen Anteil an Diabetikern (36,3 %), einer im Mittel reduzierten linksventrikulären Ejektionsfraktion ($49,4 \pm 14,1$ %) und der überwiegenden Indikation zur Herzkatheteruntersuchung/koronaren Stentimplantation in Form eines akuten Koronarsyndroms bei 56,5 Prozent der Patienten.

Die häufigste Manifestationsform war das permanente Vorhofflimmern gefolgt von 38,9 Prozent der Patienten mit paroxysmalen und 11,9 Prozent mit persistierendem Vorhofflimmern. DES waren bei zirka einem Viertel der Stentimplantationen verwendet worden, der Zugangsweg ebenfalls bei zirka einem Viertel der Patienten die Art. radialis.

Das hohe Risiko der Patienten zeigte sich weiterhin in einem CHADS₂-Score ≥ 2 bei 72,1 Prozent der Patienten ($n = 688$, Gruppe 1, Indikation zur oralen Antikoagulation). Bei 23,2 Prozent betrug der CHADS₂-Score = 1 ($n = 221$, Gruppe 2, ASS oder orale Antikoagulation nach bisheriger Empfehlung) und bei 4,7 Prozent betrug der CHADS₂-Score = 0 ($n = 45$, Gruppe 3, ASS oder keine medikamentöse Therapie nach alter Empfehlung).

Betrachtet man die Patienten mit einem CHADS₂-Score = 1, so war bei allen Patienten der CHA₂DS₂-VASC-Score ≥ 2 , da die KHK als vaskuläre Erkrankung einen weiteren Risikofaktor entsprechend dem CHA₂DS₂-VASC-Score darstellt, und somit bestand eine Indikation zur oralen Antikoagulation.

Noch deutlicher wird der Anstieg der Rate der Patienten mit einer Indikation zur oralen Antikoagulation bei den Patienten mit einem CHADS₂-Score = 0. In dieser Gruppe bestand nur bei $n = 18$ Patienten dieser Gruppe eine potenzielle Indikation zur blutgerinnungshemmenden Therapie (CHA₂DS₂-VASC-Score = 1), aber bei allen anderen Patienten bestand die Indikation zur oralen Antikoagulation entsprechend eines CHA₂DS₂-VASC-Scores ≥ 2 .

Zusammenfassung: Durch die Erweiterung der Indikationsstellung zur oralen Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern nach koronarer Stentimplantation entsprechend den Empfehlungen zur Anwendung des CHA₂DS₂-VASC-Scores, steigt die Zahl derer, bei denen eine Triple-Therapie (ASS+Clopidogrel+orale Antikoagulation) notwendig sein könnte. Während es in

der AFCAS-Population (n = 963) nach der alten Empfehlung noch 256 Patienten (CHADS₂-score < 2) waren, so sind es nach der neuen ESC-Leitlinie entsprechend der Anwendung des CHA₂DS₂-VASC-Scores nur noch 18 Patienten (CHA₂DS₂-VASC-Scores = 1), deren Risiko für einen Schlaganfall so niedrig ist, dass man die Indikation zur oralen Antikoagulation hinterfragt.

Ob die Anwendung des CHA₂DS₂-VASC-Scores entsprechend einer breiteren Indikationsstellung zur oralen Antikoagulation (Triple-Therapie) auch bei Patienten mit Vorhofflimmern nach koronarer Stentimplantation die Rate von Schlaganfällen ohne relevante Steigerung der Blutungskomplikationen verhindert, wird unter anderem im Follow-up der AFCAS-Studie, deren Daten Mitte diesen Jahres analysiert werden, zu beantworten sein.

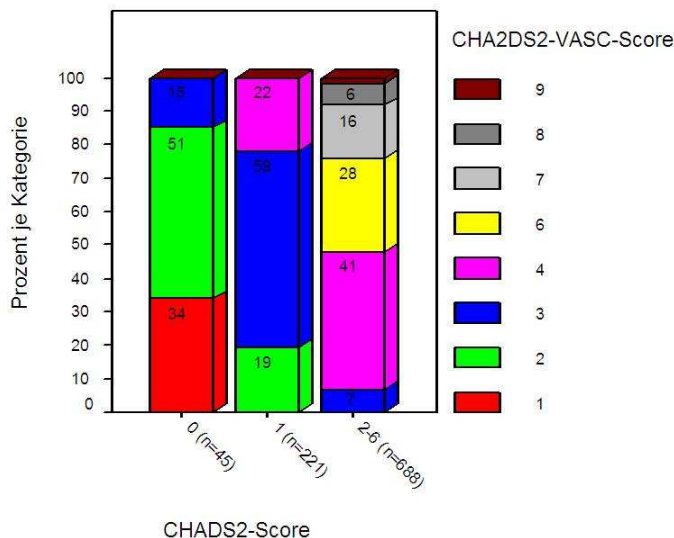
Abbildung 1 CHADS₂- und CHA₂DS₂-Vasc-Score

CHADS ₂ -Score	
	Punkte
Herzinsuffizienz (Congestive heart failure or LV-Dysfunktion)	1
Hypertonus	1
Alter ≥ 75 Jahre	1
Diabetes mellitus	1
Schlaganfall / TIA / Thrombembolie	2
Maximaler Punktwert	6
CHADS ₂ -Score	Empfohlenes Vorgehen/ Antithrombotische Therapie
<2	Evaluation mittels CHA ₂ DS ₂ -VASC-Score
≥2	Orale Antikoagulation

CHA ₂ DS ₂ -VASC-Score		
	Ergänzung	Punkte
Herzinsuffizienz (Congestive heart failure or LV-Dysfunktion)	auch LVEF < 40%	1
Hypertonus		1
Alter ≥ 75 Jahre		2
Diabetes mellitus		1
Schlaganfall / TIA / Thrombembolie		2
Gefäßkrankung (Vascular disease)	Früherer Myokardinfarkt/AVK, Plaques d. Aorta	1
Alter 65 – 74 Jahre		1
Weibliches Geschlecht (Sex Category)		1
Maximaler Punktwert		9
Risikokategorie	CHA ₂ DS ₂ -VASC-Score	Empfohlene, Antithrombotische Therapie
1 Major-Risikofaktor oder min. 2 Non-major-Risikofaktoren	≥ 2	orale Antikoagulation (OAC)
1 non-major-Risikofaktor	1	entweder OAC oder ASS 100 mg/die (bevorzugt OAC)
keine Risikofaktoren	0	entweder ASS 100 mg/die oder keine antithrombotische Therapie (bevorzugt keine antithrombotische Therapie)

nach Camm et al. Eur Heart J. 2010;31:2369-429

Abbildung 2 Assoziation CHADS₂- und CHA₂DS₂-Vasc-Score, AFCAS-Studie



Baseline Variablen

	Alle Patienten (n=963)
Weibliches Geschlecht, %	29,9
Alter in Jahren (MW±SD)	73,0±8,2
BMI, kg/m² (MW±SD)	28,2±4,5
Arterielle Hypertonie, %	84,1
Dyslipoproteinämie, %	66,7
Diabetes mellitus, %	36,3
Nikotinabusus, %	10,1
Positive Familienanamnese, %	25,4
Vorheriger Schlaganfall oder TIA, %	16,8
LVEF, % (MW ± SD)	49,4 ± 14,1
INR (MW ± SD)	1,93 ± 0,72
AF-Typ, %	
Paroxysmal	38,9
Persistierend	11,9
Permanent	49,1
Arterieller Zugangsweg, %	
Art. radialis	26,9
Art. femoralis	72,6
Andere	0,5
Stent-Typ, %	
BMS	56,6
Titan	13,8
DES	24,0
Andere	5,6
Indikation zur PCI, %	
Stabile Angina Pectoris	37,9
Instabile Angina Pectoris	18,5
NSTEMI	24,8
STEMI	13,2
Andere*	4,7

MW ± SD: Mittelwert ± Standardabweichung, LVEF: Linksventrikuläre Ejektionsfraktion, AF: atrial fibrillation, *Andere: Stille Ischämie, dekompensierte Herzinsuffizienz u. a., PCI: Perkutane Koronarintervention

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische

Fachgesellschaft mit heute mehr als 7500 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 kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.