

Bridging – zukünftig nur noch bei Hochrisikopatienten?

Für Patienten, die dauerhaft mit einem oralen Antikoagulantium behandelt werden, wird bei geplanten Operationen ein Bridging mit Heparinen empfohlen. Bisher geht man davon aus, dass ein höheres Risiko für Blutungen unter der Heparin-Überbrückung wegen eines geringeren Risikos für perioperative arterielle Thromboembolien akzeptabel sei. In einer aktuellen kontrollierten Studie ist die Nutzen-Schaden-Bilanz des Bridging bei Patienten mit Vorhofflimmern und Warfarin-Therapie jedoch negativ ausgefallen.

Die industrie-unabhängige BRIDGE-Studie ging der Frage nach, welchen Effekt bei Patienten mit Vorhofflimmern und Warfarin-Therapie, die sich einem elektiven Eingriff unterziehen, das alleinige Aussetzen der Antikoagulation im Vergleich zur überbrückenden Heparin-Gabe auf das Auftreten arterieller Thromboembolien und auf größere Blutungen hat.

Bei 1.884 Patienten wurde die Therapie mit dem Vitamin-K-Antagonisten fünf Tage vor dem geplanten Eingriff ausgesetzt und am Abend oder Tag nach dem Eingriff fortgeführt. (Bei dem länger wirksamen, in Deutschland üblichen Phenprocoumon wird die Therapie schon 7 Tage vor dem Eingriff abgesetzt.) In der Interventionsgruppe (950 Patienten) wurde das niedermolekulare Heparin Dalteparin zunächst vor dem Eingriff gegeben, während des Eingriffs ausgesetzt und nach dem Eingriff erneut angesetzt, bis ein INR unter der Warfarin-Therapie von mindestens 2 wieder erreicht wurde. Die Kontrollgruppe erhielt Placebo.

Der Primäre Endpunkt arterielle Thromboembolie (Schlaganfall, TIA, systemische Embolie) wurde in der Heparin-Gruppe bei 3 Patienten (0,3 %) und in der Kontroll-Gruppe bei 4 Patienten (0,4 %) innerhalb der ersten 30 Tage nach dem Eingriff erreicht. Hingegen traten größere Blutungen (primärer Sicherheitsendpunkt) bei 29 (3,2 %) der Heparin-Patienten und bei 12 (1,3 %) der Kontrollpatienten auf.

In der Studie war also die Nicht-Heparin-Gabe dem Bridging in Bezug auf arterielle Thromboembolien nicht unterlegen und das Risiko für größere Blutungen wurde herabgesetzt.

Sind die Studiendaten übertragbar?

Die Ergebnisse der BRIDGE-Studie legen nahe, dass auf ein Bridging mit einem NMH bei Patienten mit VKA-Therapie bei elektiven Eingriffen verzichtet werden kann. Die generelle Schlussfolgerung muss jedoch eingeschränkt werden:

- Nur wenige Patienten in der Studie hatten einen CHADS₂ Score von 5 oder 6.
- Patienten mit mechanischen/künstlichen Herzklappen, Schlaganfall, systemischen Embolien oder TIAs in den 12 Wochen vor dem Eingriff, größeren Blutungen 6 Wochen vor dem Eingriff, verminderter Kreatinin-Clearance (< 30ml/min), Plättchenzahl < 105/ml oder mit einer geplanten Herz-OP, Neurochirurgie, großen Krebs-OP und Carotis-Endarteriektomie waren von der Studie ausgeschlossen.
- Das Risiko für arterielle Thromboembolien und für große Blutungen war in beiden Studienarmen gering bis moderat (was ggf. auf das strenge Studienprotokoll und das Monitoring der Patienten unter der OP zurückzuführen ist).

Fazit:

Für Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern ohne weitere Risikofaktoren, also mit einem niedrigen bis mittleren Risiko für thromboembolische Ereignisse (CHADS₂ Score 0-2 und 3-4) könnte zukünftig auf das Bridging mit NMHs bei geplanten Eingriffen verzichtet werden. Für andere Patienten lässt sich aus der BRIDGE-Studie keine Empfehlung ableiten. Eine Anpassung der Leitlinien ist zu erwarten.

Literatur:

J.D. Douketis et al., Perioperative Bridging Anticoagulation in Patients with Atrial Fibrillation, NEJM 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1501035

Impressum

Redaktion: Pharmakotherapieberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Dr. Holger Neye (V.i.S.d.P)
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: (0211) 5970- 8111
Fax: (0211) 5970- 8136
E-Mail: pharma@kvno.de