

Nutzen und Risiko der Oralen Antikoagulation bei Vorhofflimmern – Kommentar zur unterschiedlichen Bewertung aus Sicht von Arzt und Patient



Lars Hemkens

DIeM – Institut für evidenzbasierte Medizin GmbH, Köln

www.di-em.de

Vorhofflimmern ist die häufigste anhaltende Herzrhythmusstörung, Patienten mit (nichtvalvulärem) Vorhofflimmern haben ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko für Schlaganfälle und andere thromboembolische Ereignisse (bei Vorliegen mindestens eines weiteren Risikofaktors bzw. –markers wie z.B. Hypertonie) ^(1,2).

Durch eine orale Antikoagulation wird das jährliche Schlaganfallrisiko dieser Patienten um relativ ca. 68% reduziert, allerdings einhergehend mit einer verstärkten Blutungsneigung. Dies macht eine sorgfältige Nutzen-Schaden-Abwägung gemeinsam durch Arzt und Patient notwendig. Obwohl für die meisten infragekommenden Patienten der Nutzen einer oralen Antikoagulation (OAK) deutlich das Blutungsrisiko überwiegt, werden nur etwa 15-44% dieser Patienten adäquat behandelt, d.h. oral antikoaguliert⁽¹⁾.

Die Angst des Therapeuten vor dem Blutungsrisiko wird als eine wesentliche Ursache dieser Unterversorgung gesehen⁽¹⁾, Choudrey et al. gingen einem vermeintlichen Grund für diese Überschätzung in ihrer kürzlich im British Medical Journal publizierten Studie nach⁽³⁾:

Sie untersuchten, ob Ärzte, die eine Blutung bei einem ihrer Patienten mit Vorhofflimmern und oraler Antikoagulation erlebt hatten, in der Folge ihr Ordnungsverhalten bei ihren anderen Patienten bzgl. der OAK änderten. Ebenso untersuchten sie, ob Ärzte dies tun, wenn sie kürzlich einen Schlaganfall bei einem ihrer Patienten mit Vorhofflimmern ohne eine OAK erlebt hatten.

Die Ergebnisse der Arbeit weisen darauf hin, daß Ärzte infolge der Konfrontation mit einer Blutungskomplikation im Rahmen einer OAK zukünftig von einer solchen Behandlung eher absehen. Umgekehrt bewirkt jedoch das Auftreten eines (möglicherweise vermeidbaren) Schlaganfalls bei einem Patienten mit Vorhofflimmern und unterlassener OAK keine Änderung des Verschreibungsverhaltens.

Nach dem Grundsatz „Primum nil nocere - zuerst nicht schaden“ scheint „aktives“ Schaden im Sinne einer OAK mit konsekutiver Blutungsnebenwirkung das individuelle Verhalten der Ärzte maßgeblich mehr zu beeinflussen als passives Schaden im Sinne einer Unterlassung der prinzipiell indizierten Therapie.

Die Zurückhaltung bei der Verordnung einer OAK trifft insbesondere ältere Patienten (über 65 Jahre), da sie z.B. höhere Prävalenzen von Stürzen oder gastrointestinale Blutungen in der Vorgeschichte haben. Man-Son-Hing et al. publizierten hierzu zwei systematische Übersichtsarbeiten, in denen sie anhand der Errechnung von QALYs (Quality-adjusted-life-years) zu dem Ergebnis kommen, daß diese Angst oftmals übertrieben zu sein scheint, insbesondere bzgl. gastrointestinaler Blutungen. Im Vordergrund stehe das individuelle Schlaganfallrisiko – das Blutungsrisiko durch OAK sei nachrangig und nur für wenige Patienten relevant^(4,5). Einschränkungen gelten allerdings für solche Patienten mit geringem Schlaganfallrisiko und/oder hohem GI-Blutungsrisiko (z.B. Einnahme von NSAR ohne Gastroprotektion).

Eine objektive Bewertung vom Ausmaß des Nutzens und Schadens unabhängig von der subjektiven ärztlichen Einschätzung und Erfahrung ist somit unverzichtbar. Sie kann durch evidenzbasierte Entscheidungshilfen realisiert werden, die das Ausmaß des Nutzens und Schadens objektiv einander gegenüberstellen.

Die Bewertungen dieses Ausmaßes von Nutzen und Schaden durch Arzt und Patient können dabei durchaus sehr unterschiedlich sein:

Devereaux et al. befragten Patienten mit einem hohen Risiko für Vorhofflimmern sowie ihre behandelnden Ärzte⁽⁶⁾, welches Blutungsrisiko im Rahmen einer OAK sie akzeptieren würden, um einen Schlaganfall zu verhindern und wie groß eine solche Risikoreduktion durch die OAK mindestens sein müßte. Es zeigte sich, daß Patienten deutlich mehr Wert auf die Vermeidung von Schlaganfällen legten, eine geringere Risikoreduktion akzeptierten und ein wesentlich höheres Blutungsrisiko durch eine OAK in Kauf nehmen, als ihre Ärzte.

Protheroe et al. untersuchten den Einfluß der persönlichen Präferenzen von informierten Patienten mit Vorhofflimmern auf ihre Therapieentscheidung bzgl. einer OAK und verglichen diese mit konsensbasierten Therapieempfehlungen zum Einen und einer aus dem individuellen Risikoprofil abgeleiteten Empfehlung zum Anderen⁽⁷⁾. Sie zeigten eine deutliche Diskrepanz zwischen Patientenpräferenz und –insbesondere konsensbasierten – Empfehlungen und schlußfolgern, daß eine Berücksichtigung der Patientenpräferenzen zu einem geringeren Anteil der mit einer OAK behandelten Patienten führen würde als unter konsensbasierten Empfehlungen. Bemerkenswert ist, daß dieser Anteil mit 61% (95%CI 50%-71%) immer noch weit über dem tatsächlich erreichten Anteil von etwa 15-44% liegt (s.o.).

Allerdings muß angemerkt werden, daß in einer systematischen Übersichtsarbeit von Man-Son-Hing et al.⁽⁸⁾ zwar diese Diskrepanz zwischen Patientenpräferenzen und der Empfehlungen der Leitlinien bestätigt wird, sich allerdings eine Abhängigkeit von der Art der Erhebung der Patientenpräferenzen darstellt und auch insgesamt kein homogenes Bild zugunsten der OAK entsteht.

Im Allgemeinen jedoch bevorzugen dieser Arbeit zufolge ca. 50% der Patienten eine OAK-Therapie, wenn ihre jährliche Schlaganfall-Rate unter ASS-Behandlung 1% beträgt, bei einer jährlichen Rate von 2% wären es ca. 66%⁽⁸⁾. Allerdings sind diese Anteile immer noch höher, als mit der derzeitigen Versorgung erreicht, was prinzipiell auf ein erhebliches Steigerungspotential hinweist.

Wie diese Untersuchungen unterstreichen, liegt der Ausweg aus dem Dilemma zwischen individueller ärztlicher Erfahrung und objektiver Betrachtung der Tatsachen einmal mehr neben der Berücksichtigung der zugrundeliegenden Evidenz in der gemeinsamen Entscheidung von Ärzten und informierten Patienten.

Die evidenzbasierte Medizin bietet die Möglichkeit, dem Arzt und dem Patienten Entscheidungshilfen an die Hand zu geben, mit denen beide gemeinsam sorgfältig Nutzen und Schaden abschätzen und zusammen eine Therapieentscheidung treffen können, die auch die persönlichen Präferenzen des einzelnen Patienten berücksichtigt.

Bleibt zu hoffen, daß sich dieses Konzept in der alltäglichen ärztlichen Praxis durchsetzen wird und so sukzessive die Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit nicht nur von Patienten mit chronischem Vorhofflimmern verbessert wird.

Literatur:

1. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT. Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin? *Arch Intern Med* 2000; 160:41-66
2. Albers GW, Dalen JE, Laupacis A, Manning WJ, Petersen P, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 2001; 119 (1 Suppl): 194S-206S
3. Choudhry NK, Anderson GM, Laupacis A et al. Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: matched pair analysis. *BMJ* 2006; 332; 141-145.
4. Man-Son-Hing M, Laupacis A. Anticoagulant-related bleeding in older persons with atrial fibrillation: physicians' fears often unfounded. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1580-1586
5. Man-Son-Hing M, Laupacis A. Balancing the risks of stroke and upper gastrointestinal tract bleeding in older patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2002; 162: 541-550
6. Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ* 2001; 323: 1218-1222.
7. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ* 2000; 320: 1380-1384
8. Man-Son-Hing M, Gage BF, Montgomery AA et al. Preference-based antithrombotic therapy in atrial fibrillation: implications for clinical decision making. *Med Decis Making* 2005; 25: 548-559.