

Hohes Blutungsrisiko unter ASS bei alten Patienten

Die Sekundärprävention mit ASS ist bei älteren Patienten mit einem unerwartet hohen Blutungsrisiko verbunden. Dies zeigt eine aktuell in Lancet publizierte, von verschiedenen staatlichen und gemeinnützigen Institutionen finanzierte, prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie britischer Forscher (1).

Es wurden 3.166 Patienten (davon 50% > 75 Jahre, 18% > 85 Jahre) unter antithrombozytärer Dauertherapie (96% ASS; 75 mg/d; magensaftresistent beschichtetes Präparat) nach einem ersten ischämischen vaskulären Ereignis (transitorische ischämische Attacke, ischämischer Schlaganfall oder Myokardinfarkt) über insgesamt 13.509 Patientenjahre beobachtet (Durchschnitt 4,3 Jahre/Patient). Die Kohorte war Teil der Oxford Vascular Study, einer bevölkerungsbasierten Studie, die akute vaskuläre Ereignisse in einer Population von 92.728 Personen untersuchte, welche in neun hausärztlichen Praxen mit 100 Ärzt(inn)en in Oxfordshire rekrutiert wurden. Bei insgesamt 405 der 3.166 eingeschlossenen Patienten (12,8%) kam es zu erstmaligen Blutungsereignissen (218 gastrointestinal, 45 intrakraniell, 142 andere). Das jährliche Risiko für schwere Blutungen stieg (im Gegensatz zum Risiko für nicht-schwere Blutungen) ab einem Alter > 75 steil an, vor allem die Gefahr bedeutsamer gastrointestinaler(GI)-Blutungen war in höherem Alter besonders hoch (s. Tab. 1) und deren Verlauf besonders schwer. Die Autoren schätzen, dass bei einem Alter > 85 Jahre das Risiko für bedrohliche Blutungen infolge einer antithrombozytären Therapie in etwa der erzielten Risikoreduktion für ischämische Ereignisse entspricht. Unter Berücksichtigung vorhandener Metaanalysen zur Begleitmedikation mit Protonenpumpeninhibitoren (PPI) berechnen sie eine NNT zwischen 21 (für das Alter > 85 Jahre) und 80 (für das Alter 65 Jahre), um durch PPI eine schwere GI-Blutung in fünf Jahren zu verhindern. Sie schließen daraus, dass ab einem Alter von 75 Jahren bei antithrombozytärer Dauertherapie eine zusätzliche Einnahme eines PPI zu rechtfertigen ist.

Wir stimmen dem Kommentator in derselben Ausgabe des Lancet zu, der empfiehlt, bei Patienten > 75 Jahre – ähnlich wie bei einer Antikoagulation – die Nutzen-Risiko-Relation für eine antithrombozytäre Sekundärprophylaxe regelmäßig neu und kritisch zu prüfen (2). Um auf diese wichtige Frage Antworten zu bekommen, wären ASS-Absetzstudien erforderlich. Sie könnten klären, ob ASS z.B. 2-3 Jahre nach unkomplizierter elektiver Implantation eines Koronar-Stents und bei keiner sonstigen Indikation für ASS, dieses gefahrlos abgesetzt werden kann. Einer routinemäßigen Begleitmedikation eines PPI bei antithrombozytärer Therapie stehen begründete Bedenken hinsichtlich möglicher Risiken bei PPI-Langzeiteinnahme in dieser Altersgruppe gegenüber (3, 4).

Risiken und Nutzen einer *primärprophylaktischen* Einnahme von ASS sind weiter unklar. Sie werden derzeit in mehreren Studien bei älteren Patienten (ARRIVE, ASPREE) und Diabetikern (ASCEND) untersucht. Eine italienische bevölkerungsbasierte Kohortenstudie aus dem Jahr 2012 hatte – ähnlich

wie die vorliegende Studie – eine unerwartet hohe Blutungsrate (bei Diabetikern und Nicht-Diabetikern) gezeigt (5).

Fazit: Eine britische, bevölkerungsbasierte Studie kommt zum Schluss, dass Patienten > 75 Jahre, die ASS zur Sekundärprävention einnehmen, ein unerwartet hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen haben. Die Indikation zur Dauertherapie und die daraus resultierenden Risiken sollten daher bei Patienten in dieser Altersgruppe regelmäßig überprüft werden.

Literatur

1. Li, L., et al. (OXVASC = **OX**ford **VASC**ularStudy):Lancet 2017. [Link zur Quelle](#)
2. Diener, H.-C.: Lancet 2017. [Link zur Quelle](#)
3. AMB 2016, **50**, 41. [Link zur Quelle](#)
4. AMB 2012, **46**, 30a. [Link zur Quelle](#)
5. AMB 2012, **46**, 52b. [Link zur Quelle](#)

Tabelle 1
Relative Blutungsrisiken unter Einnahme von ASS bei Patienten \geq 75 vs. < 75 Jahre (nach 1)

Art der Blutung	Risiko \geq 75 vs. < 75 Jahre	
	Hazard ratio (95% CI)	p
Schwere Blutung	3,10 (2,27-4,24)	< 0,0001
Tödliche Blutung	5,53 (2,65-11,54)	< 0,0001
Schwere OGI-Blutung	4,13 (2,60-6,57)	< 0,0001
Behindernde* oder tödliche OGI-Blutung	10,26 (4,37-24,13)	< 0,0001

* = Behinderung wurde definiert als Verschlechterung in der funktionellen Unabhängigkeit (Anstieg der modifizierten Rankin Scale auf \geq 3 oder Anstieg um \geq 1 Punkt, wenn bereits zuvor Rankin Scale \geq 3 bei Krankenhausentlassung ohne Besserung bei der nächsten Visite; OGI-Blutung = obere gastrointestinale Blutung)