

Stefan Neuner-Jehle

# Vorhofflimmern – Scores zur Nutzen-Risiko-Evaluation der Antikoagulation

Ein Beitrag aus der Reihe «Die Werkzeugkiste des Familienarztes»



Chronisches oder intermittierendes Vorhofflimmern (VHF) ist gerade bei den älteren Patienten der Hausarztpraxis eine häufige Diagnose (um 10% bei über 75-jährigen). Das Jahresrisiko, infolge VHF einen zerebrovaskulären Insult (CVI) zu erleiden, beträgt um 6%, und etwa jeder sechste Hirnschlag findet bei Patienten mit VHF statt. Die perorale Antikoagulation (AK) mit Coumarinen kann dieses Risiko bedeutend senken, eine Konversion in den Sinusrhythmus zu erzwingen bedeutet keinen Vorteil. Wir stellen die zwei gebräuchlichsten Scores vor, die bei der Indikationsstellung bzw. bei der Nutzen-Risiko-Abwägung für oder gegen die AK hilfreich sind:

## Einschätzen des Nutzens einer Antikoagulation bei VHF

Der CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score (Tab. 1)

2010 wurde der bisherige CHADS<sub>2</sub>-Score (2006) vom CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score abgelöst. Das komplizierte Kürzel ruft uns die Umstände in Erinnerung, wann ein Patient ein hohes Risiko für einen CVI infolge des VHF trägt. Die Zahl 2 hinter einem Buchstaben gibt an, wann der Umstand doppelt gewichtet wird. Das Alter scheint zweimal auf, wobei 65–74 Jahre einen Punkt und über 75 Jahre zwei Punkte ergibt. Folgt man dem Score, ist also bei *allen* – *auch den «gesunden»* – Patienten mit VHF über 75 die AK indiziert, und bei Patienten mit vaskulären Begleiterkrankungen und bei Frauen entsprechend früher. Mit dem aktuellen Score sind Patienten also deutlich rascher in ein höheres Risiko klassiert und mit der Empfehlung einer AK versehen als mit dem Vorgänger-Score. In einer Kohorte mit über 70000 Teilnehmern stellte sich dieses «schärfere» Vorgehen als Vorteil für Morbidität und Mortalität heraus [1].

**Tabelle 1**

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score [1]. Auswertung: 0 Punkte = Thrombozytenhemmer genügend; 1 Punkt = individuelle Abwägung zwischen Tc-Hemmer und AK; 2 Punkte oder mehr = Antikoagulation empfohlen (INR 2–3).

| Buchstabe | Klinische Charakteristik   | Vergebene Punkte |
|-----------|--|------------------|
| C         | Congestive heart failure: strukturelle Herzerkrankung, die Herzinsuffizienz verursacht | 1                |
| H         | Hypertonie (auch behandelte)   | 1                |
| A         | Alter >75 Jahre  | 2                |
| D         | Diabetes mellitus  | 1                |
| S         | Schlaganfall oder TIA  | 2                |
| V         | Vaskuläre Erkrankung (Myokardinfarkt, PAVK, aortale Plaques)                           | 1                |
| A         | Alter 65–74 Jahre  | 1                |
| S         | Sex Category: weibliches Geschlecht  | 1                |
|           | <b>Summe</b>   | <b>Max. 9</b>    |

## Abschätzen des Schadens einer Antikoagulation bei VHF

Der HAS-BLED-Score (Tab. 2)

Dieser aus einer Kohorte von knapp 4000 Patienten generierte Score mahnt uns zur Vorsicht, bei welchen Patienten wir zurückhaltend sein sollten bei der Indikationsstellung zur Antikoagulation. Ein Blutungsrisiko entsteht auch *während* der Antikoagulation, je nach Aggressivität der Einstellung: So beträgt das jährliche Risiko für grössere Blutungen (major bleedings) bei Antikoagulierten über 75 Jahren 2,7%, sofern ihr INR <3 ist (entspricht etwa dem Durchschnitts-Blutungsrisiko bei Antikoagulation über alle Alter). Klettert der INR über 3, steigt das Blutungsrisiko pro Jahr bei über 75-jährigen auf 9%! [3]. Bekannte relative oder absolute Kontraindikationen gegenüber einer Antikoagulation wie Magen-/Duodenalulzera oder hohe Sturzgefährdung sind in diesem Score nicht abgebildet und müssen zusätzlich bedacht werden.

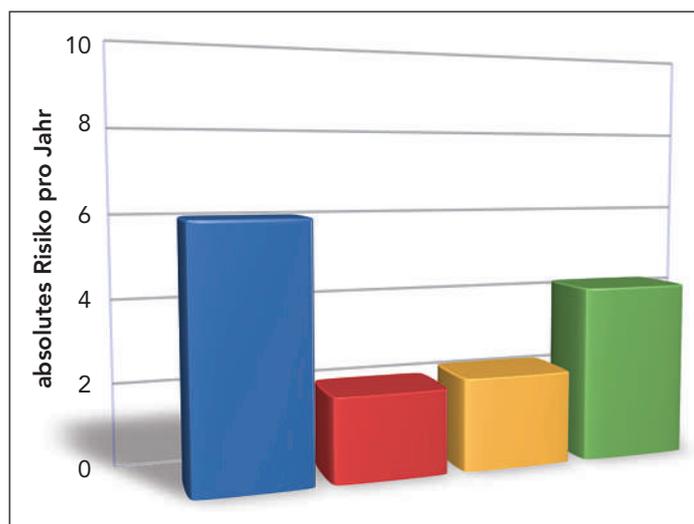
**Tabelle 2**

HAS-BLED-Score [2]. Auswertung: 3 oder mehr Punkte bedeuten ein hohes Blutungsrisiko.

| Buchstabe | Klinische Charakteristik                               | Vergebene Punkte |
|-----------|--|------------------|
| H         | Hypertonie >160 mm Hg systolisch                       | 1                |
| A         | Abnorme Nierenfunktion (Kreatinin >200 µmol/l)         | 1                |
|           | Abnorme Leberfunktion (Lewe 2–3-fach erhöht, Zirrhose) | 1                |
| S         | Schlaganfall   | 1                |
| B         | Blutung  | 1                |
| L         | Labiler INR-Wert                                       | 1                |
| E         | Elderly: ältere Patienten (Alter >65 Jahre)            | 1                |
| D         | Drugs: Medikamente (NSAR, Tc-Hemmer)                   | 1                |
|           | Alkohol oder Drogen                                    | 1                |
|           | <b>Summe</b>   | <b>Max. 9</b>    |

## Fazit

Der Zufall, dass beide Scores eine maximale Punktzahl von 9 ergeben, soll uns nicht dazu verleiten, die Summe des einen Scores gegenüber derjenigen des anderen aufzurechnen. Unsere medizinischen Entscheidungen sind und bleiben individuell und vom Patienten mitgetragen, so dass uns diese Scores lediglich Anregung – eben Entscheidungshilfen – geben und nicht etwa als Kochrezept verstanden werden sollen. Eine Antikoagulation mit Ziel-INR-Werten bei 2 (Quick um 30%) kann durchaus ein gangbarer Kompromiss sein, um Therapierisiken zu vermeiden. Letztlich entscheidet der Patient, welchen Outcome (CVI versus bedrohliche Blutung) er höher gewichtet. Für die Patienteninformation über die jeweiligen Risiken können visuelle Darstellungen sehr nützlich sein (Abb. 1).



**Abbildung 1**

Visualisierung von Nutzen und Risiko.

- Hirnschlagrisiko bei VHF ohne Therapie;
- Hirnschlagrisiko bei VHF mit Antikoagulation;
- Blutungsrisiko unter Antikoagulation (alle Alter und vorsichtige Einstellung mit INR <3);
- Blutungsrisiko bei >75jährigen.

#### Referenzen

- 1 Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2011;342:d124. doi: 10.1136/bmj.d124.
- 2 Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010;138(5):1093–100. doi: 10.1378/chest.10-0134.
- 3 Derry S, Loke YK. Risk of gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin: meta-analysis. *BMJ*. 2000;321(7270):1183-7.

Link zu den Scores: [www.mdcalc.com](http://www.mdcalc.com); dann Suchbegriff CHA2DS2-VASc oder HAS-BLED eingeben

#### Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich  
 Pestalozzistrasse 24  
 8091 Zürich  
 sneuner[at]bluewin.ch