

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Baumgartner C

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2025; 26 (1), 20-21

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal **Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr

■ Apixaban versus aspirin for stroke prevention in people with subclinical atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack: subgroup analysis of the ARTESiA randomised controlled trial

Shoamanesh A, et al. *Lancet Neurol* 2025; 24: 140–51

Abstract

Background: People with subclinical atrial fibrillation are at increased risk of stroke, albeit to a lesser extent than those with clinical atrial fibrillation, leading to an ongoing debate regarding the benefit of anticoagulation in these individuals. In the ARTESiA trial, the direct-acting oral anticoagulant apixaban reduced stroke or systemic embolism compared with aspirin in people with subclinical atrial fibrillation, but the risk of major bleeding was increased with apixaban. In a prespecified subgroup analysis of ARTESiA, we tested the hypothesis that people with subclinical atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack, who are known to have an increased risk of recurrent stroke, would show a greater benefit from oral anticoagulation for secondary stroke prevention compared with those without a history of stroke or transient ischaemic attack.

Methods: ARTESiA is a double-blind, double-dummy, randomised controlled trial conducted at 247 sites in 16 countries across Europe and North America. Adults aged 55 years or older with device-detected subclinical atrial fibrillation lasting from 6 min to 24 h and a CHA2DS2-VASc score of 3 or higher were randomly assigned using an interactive web-based system to oral apixaban 5 mg twice per day or oral aspirin 81 mg once per day. The primary efficacy outcome was stroke or systemic embolism, and the primary safety out-

come was major bleeding, assessed as absolute risk differences. Analyses were by intention to treat. ARTESiA is registered with ClinicalTrials.gov (NCT01938248) and is completed; this report presents a prespecified subgroup analysis in people with a history of stroke or transient ischaemic attack.

Findings: Between May 7, 2015, and July 30, 2021, 4012 people with subclinical atrial fibrillation were randomly allocated either apixaban (n = 2015) or aspirin (n = 1997). A history of stroke or transient ischaemic attack was present in 346 (8.6%) participants (172 assigned to apixaban and 174 to aspirin), among whom the annual rate of stroke or systemic embolism was 1.20% (n = 7; 95% CI 0.48 to 2.48) with apixaban versus 3.14% (n = 18; 1.86 to 4.96) with aspirin; (hazard ratio [HR] 0.40, 95% CI 0.17 to 0.95). In participants without a history of stroke or transient ischaemic attack (n = 3666; 1843 assigned to apixaban and 1823 to aspirin), the annual rate of stroke or systemic embolism was 0.74% (n = 48; 95% CI 0.55 to 0.98) with apixaban versus 1.07% (n = 68; 95% CI 0.83 to 1.36) with aspirin (HR 0.69, 95% CI 0.48 to 1.00). The absolute risk difference in incidence of stroke or systemic embolism at 3.5 years of follow-up was 7% (95% CI 2 to 12) in participants with versus 1% (0 to 3) in participants without a history of stroke or transient ischaemic attack. The annual rate of

major bleeding in participants with a history of stroke or transient ischaemic attack was 2.26% with apixaban (n = 13; 95% CI 1.21 to 3.87) versus 1.16% with aspirin (n = 7; 0.47 to 2.39; HR 1.94, 95% CI 0.77 to 4.87). The absolute risk difference in major bleeding events at 3.5 years was 3% (–1 to 8) in individuals with versus 1% (–1 to 2) in those without a history of stroke or transient ischaemic attack.

Interpretation: Treatment with the direct-acting oral anticoagulant apixaban in people with subclinical atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack led to a 7% absolute risk reduction in stroke or systemic embolism over 3.5 years, compared with a 1% absolute risk reduction for individuals without a previous history of stroke or transient ischaemic attack. The corresponding absolute increase in major bleeding was 3% and 1%, respectively. Apixaban could be considered for secondary stroke prevention in people with subclinical atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack.

Funding: The Canadian Institutes of Health Research, Bristol-Myers Squibb–Pfizer Alliance, Heart and Stroke Foundation of Canada, Canadian Stroke Prevention and Intervention Network, Hamilton Health Sciences, Accelerating Clinical Trials Network, Population Health Research Institute, and Medtronic.

Fazit für die Praxis

In dieser vordefinierten Subgruppenanalyse der ARTESiA-Studie [1] waren die relative Wirksamkeit und Sicherheit von Apixaban im Vergleich zu Aspirin konsistent mit den Ergebnissen der Hauptstudie [2]. Personen mit subklinischem Vorhofflimmern und einer Vorgeschichte von Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) hatten ein hohes Risiko für einen erneuten Schlaganfall und profitierten insgesamt von einer Behandlung mit oraler Antikoagulation [1]. Festzuhalten ist, dass die Patienten ganz überwiegend mehr als ein Jahr nach dem zerebrovaskulären Ereignis eingeschlossen wurden [1].

Bei den mit Aspirin behandelten Personen lag die jährliche Rate für Schlaganfälle oder systemische Embolien bei über 3 %, das Risiko für tödliche oder behindernde Schlaganfälle betrug mehr als 2 % pro Jahr. Bei den mit Apixaban behandelten Personen hingegen lag die jährliche Rate für Schlaganfälle oder systemische Embolien bei etwas über 1 % und das Risiko für tödliche oder behindernde Schlaganfälle unter 1 %. Die absolute Risikoreduktion für Schlaganfälle oder systemische Embolien betrug 7 % über 3,5 Jahre (fast 2 % pro Jahr) unter Apixaban. Eine nachträgliche Metaanalyse unter Einbeziehung der NOAH-AFNET6-Daten [3, 4] zeigte eine relative Risikoreduktion um etwa 55 %. Diese Risikoreduktion war mehr als

doppelt so hoch wie die absolute Zunahme schwerer Blutungen (3 %). Zudem war die absolute Risikoreduktion fast siebenmal größer als die Reduktion bei Personen ohne Schlaganfall-/TIA-Vorgeschichte (1 %).

Diese Ergebnisse sprechen für die Verwendung von Apixaban zur sekundären Schlaganfallprävention bei Patienten mit gerätedetektiertem subklinischem Vorhofflimmern und einer Vorgeschichte von Schlaganfall oder TIA. Unklar bleibt jedoch, ob diese Ergebnisse auch auf Patienten mit kürzlich nach einem Schlaganfall oder einer TIA mittels implantierbarer Herzmonitore entdecktem subklinischem Vorhofflimmern übertragbar sind.

Diese Ergebnisse müssen denen der NOAH-AFNET6-Studie (Non-vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial High-Rate Episodes) gegenübergestellt werden [3, 4]. Diese Studie untersuchte die Wirksamkeit und Sicherheit von Edoxaban im Vergleich zu keiner Antikoagulation (nur Antithrombozytenhemmung oder keine Therapie) bei Patienten mit subklinischem Vorhofflimmern, aber ohne klinisch diagnostiziertes Vorhofflimmern. Die Ergebnisse der NOAH-AFNET6-Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Edoxaban reduzierte das Risiko für ischämische Schlaganfälle oder systemische Embolien nicht signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Gesamtzahl thromboembolischer Ereignisse war gering. Edoxaban führte zu einer signifikanten Zunahme von schweren Blutungen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Besonders das Risiko für intrakranielle Blutungen war erhöht. Die Studie wurde vorzeitig gestoppt, da das erhöhte Blutungsrisiko den potenziellen Nutzen überstieg.

Zusammenfassend lassen sich derzeit somit die folgenden klinischen Empfehlungen ableiten:

- Bei Patienten mit subklinischem Vorhofflimmern und Schlaganfall/TIA in der Anamnese sollte eine Antikoagulation mit Apixaban in Betracht gezogen werden.
- Das Blutungsrisiko sollte individuell evaluiert werden (z. B. HAS-BLED-Score, Begleiterkrankungen).
- Regelmäßige Nachkontrollen und eine enge Überwachung sind essenziell, um das Blutungsrisiko zu minimieren.

Die Ergebnisse von ARTESiA und NOAH-AFNET6 zeigen, dass nicht alle Patienten mit subklinischem Vorhofflimmern von einer Antikoagulation profitieren. Die Therapieentscheidung sollte personalisiert erfolgen, insbesondere in Abhängigkeit vom Schlaganfall- und Blutungsrisiko.

Während ARTESiA zeigte, dass Apixaban bei Patienten mit einer Schlaganfall-/TIA-Vorgeschichte das Schlaganfallrisiko stärker senkt, als es das Blutungsrisiko erhöht, konnte NOAH-AFNET6 diesen Nutzen für Edoxaban bei Patienten ohne vorherigen Schlaganfall nicht nachweisen.

Dies deutet darauf hin, dass die Indikation zur Antikoagulation bei SCAF differenziert betrachtet werden muss:

- nach Schlaganfall/TIA (ARTESiA): Vorteil von Antikoagulation überwiegt das Blutungsrisiko,
- ohne vorherigen Schlaganfall/TIA (NOAH-AFNET6): Blutungsrisiko könnte höher sein als der Nutzen.

Literatur:

1. Shoamanesh A, Field TS, Coutts SB, Sharma M, Gladstone D, Hart RG, et al. Apixaban versus aspirin for stroke prevention in people with subclinical atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack: subgroup analysis of the ARTESiA randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2025; 24: 140–51.
2. Healey JS, Lopes RD, Granger CB, Alings M, Rivard L, McIntyre WF, et al. Apixaban for stroke prevention in subclinical atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2024; 390: 107–17.
3. Diener HC, Becher N, Sehner S, Toennis T, Bertaglia E, Blomstrom-Lundqvist C, et al. Anticoagulation in patients with device-detected atrial fibrillation with and without a prior stroke or transient ischemic attack: the NOAH-AFNET 6 Trial. *J Am Heart Assoc* 2024; 13: e036429.
4. Kirchhof P, Toennis T, Goette A, Camm AJ, Diener HC, Becher N, et al. Anticoagulation with edoxaban in patients with atrial high-rate episodes. *N Engl J Med* 2023; 389: 1167–79.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. DI Dr. Christoph Baumgartner
Neurologische Abteilung, Klinik Hietzing
Karl-Landsteiner-Institut für Klinische Epilepsieforschung und Kognitive Neurologie
Medizinische Fakultät, Sigmund Freud-Privatuniversität
A-1130 Wien, Wolkersbergenstraße 1
E-mail: christoph.baumgartner@gesundheitsverbund.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)