

Perioperative Bridging-Antikoagulation

Kasuistik eines 82-jährigen Patienten mit venöser Thromboembolie und eingeschränkter Nierenfunktion

Dr. Franz Xaver Breu

Praxis für Gefäßmedizin am Tegernsee, Facharzt für Allgemeinmedizin, Phlebologie, Lymphologie

Schlüsselwörter

Perioperatives Bridging, Antikoagulation, Niereninsuffizienz, niedermolekulare Heparine, NMH, tiefe Beinvenenthrombose, TVT, Thromboembolie

Zusammenfassung

Bei Operationen oder anderen invasiven Eingriffen ist das Absetzen der oralen Antikoagulation (OAK) mit Vitamin-K-Antagonisten wegen des erhöhten Blutungsrisikos während des Eingriffs erforderlich. Bislang existieren keine allgemein anerkannten Leitlinien für eine antikoagulative Überbrückungstherapie (Bridging). Im vorliegenden Fallbeispiel eines 82-jährigen Patienten mit tiefer Beinvenenthrombose (TVT) und moderat eingeschränkter Nierenfunktion wurde ein perioperatives Bridging auf Grund einer bevorstehenden Poly-

lypektomie im Kolon eingeleitet. Die OAK wurde 10 Tage vor dem invasiven Eingriff abgesetzt. Vier Tage später wurde die Behandlung mit Tinzaparin, einem niedermolekularen Heparin (NMH), begonnen. Tinzaparin, das im Gegensatz zu anderen niedermolekularen Heparinen nicht zur Kumulation bei Patienten mit Niereninsuffizienz neigt, wurde in therapeutischer Dosis eingesetzt. Die letzte präoperative Tinzaparin-Dosis wurde 24 Stunden vor dem Eingriff gegeben. Am Tag nach der Polypektomie wurde die OAK wieder aufgenommen. Zusätzlich wurde Tinzaparin täglich in der therapeutischen Dosis bis zum Tag 6 nach dem Eingriff verabreicht. Die Kasuistik zeigt ein einfaches und sicheres Therapieschema für das perioperative Bridging bei älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion.

Keywords

Perioperative Bridging; anticoagulation, renal failure, low-molecular-weight heparin, deep vein thrombosis, thromboembolism

Summary

During surgery or other invasive procedures it is necessary to temporarily discontinue oral anticoagulation with Vitamin K antagonist as it could increase the risk of bleeding during the procedure. Broadly accepted guidelines of anticoagulation bridging are still missing. In the present case report, perioperative bridging was started in an 82-year old patient with deep vein thrombosis and moderately impaired renal function due to a pending polypectomy. Oral anticoagulation was discontinued 10 days prior to surgery and treatment with Tinzaparin, a low-molecular-weight heparin, was initiated 4 days later. In contrast to other low-molecular-weight heparins Tinzaparin shows no accumulation tendency in patients with renal insufficiency and was administered in therapeutic dose. The last preoperative dose of Tinzaparin was given 24 hours prior to the intervention. At the day after the polypectomy the oral anticoagulation was continued. In addition, Tinzaparin was given daily until day 6. The present case report provides a simple and safe therapy regimen of perioperative bridging in elderly patients.

Korrespondenzadresse

Praxis für Gefäßmedizin am Tegernsee
Dr. med. Franz Xaver Breu
Tegernseer Straße 101
83700 Rottach-Egern (Weißbach)
Tel.: 0 80 22 / 12 18
Fax: 0 80 22 / 15 75
E-Mail: info@dres-breu-zwernemann.de

Case report: perioperative bridging anticoagulation in an 82 years old patient with venous thromboembolism and impaired renal function
Med Welt 2009; 60: 210–213

Einleitung

Das Therapiemanagement von Patienten mit dauerhafter oraler Antikoagulation (OAK), bei denen auf Grund eines invasiven Eingriffs und dem damit verbundenen erhöhten Blutungsrisiko eine Unterbrechung der OAK erforderlich ist, stellt in der niedergelassenen Praxis häufig eine Herausforderung dar. Mit dem Absetzen der Vitamin-K-Antagonisten

(VKA), das auf Grund der langen Halbwertszeit (125 bis 160 h) etwa 9–10 Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt, entsteht eine antikoagulatorische Lücke mit einem erhöhten Thromboembolierisiko. Eine Überbrückung (Bridgingtherapie) mit einem gut steuerbaren kurz wirksamen Heparin minimiert die prä- und postoperative Dauer der Antikoagulationslücke und somit das Thromboembolierisiko. Zurzeit erhalten etwa 800 000

Menschen in Deutschland eine Langzeitbehandlung mit VKA, von denen etwa 10% eine Bridgingtherapie benötigen (16).

Zur Bridging-Antikoagulation existieren zwar einige allgemein anerkannte Empfehlungen, diese sind jedoch uneinheitlich. (3–5, 8, 9). Im Allgemeinen wird bei Patienten mit OAK in Folge einer venösen Thromboembolie (tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie) anhand des Risikos für ein Krank-