

vasomed

Die Fachzeitschrift für Gefäßerkrankungen

ISSN 0942-1181 | Januar 2012 | 24. Jahrgang | G 7825

Ausgabe 1 | 2012

Kongressausgabe

anlässlich der

18. Bonner Venentage

24. – 25. Februar 2012

Erweiterte

Zusammenfassungen
ausgewählter Vorträge

Ulcus hypertonicum

Martorell

Ein Modell der ischämischen
subkutanen Arteriolsklerose

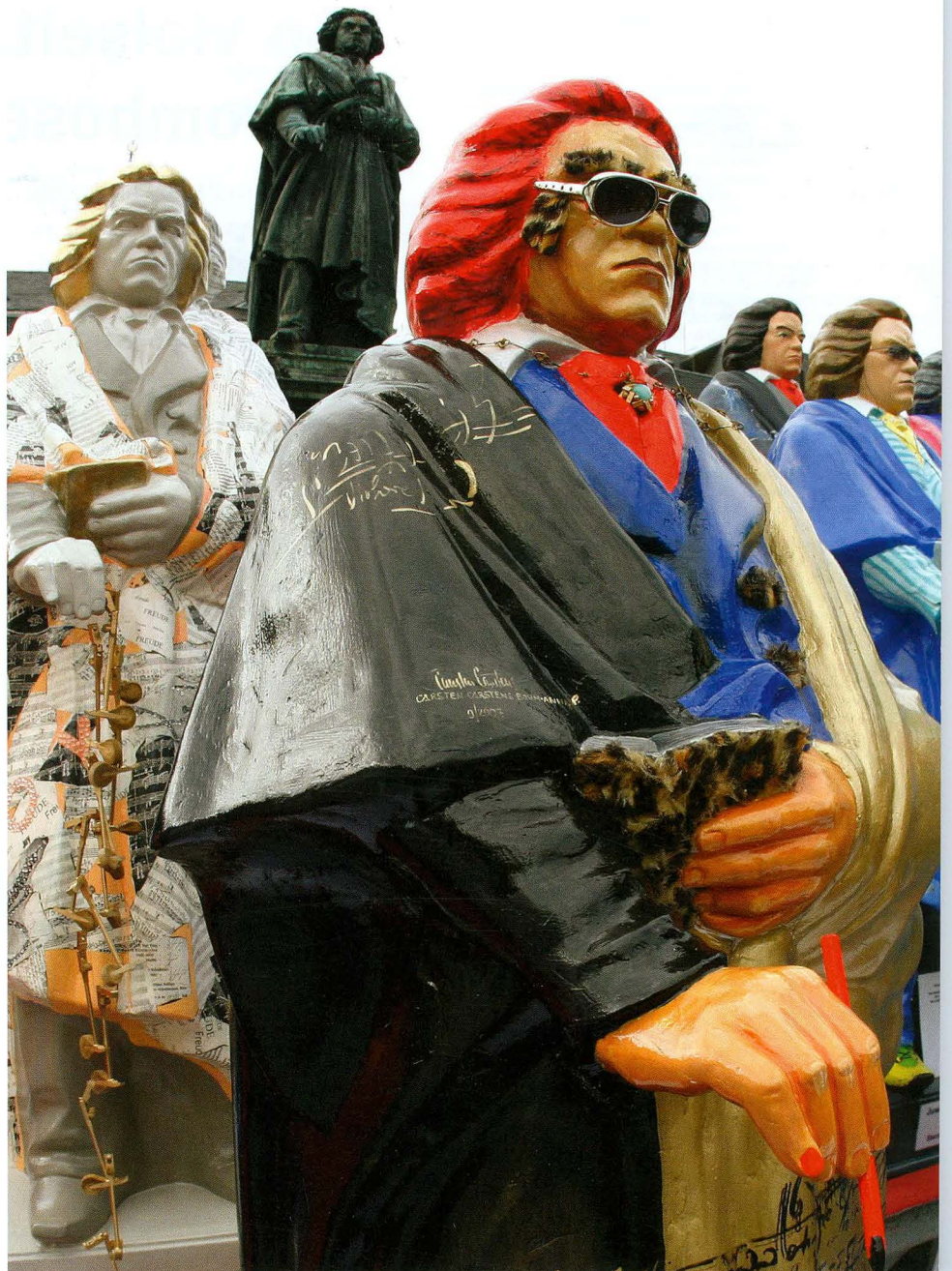
J. Hafner, S. Nobbe, H. Partsch et al.



Endovenöse Lasertherapie

F. Pannier

Die Zeitschrift vasomed ist in
EMBASE/Excerpta Medica gelistet.



Neue Antikoagulanzen in der phlebologischen Praxis: Wem, was, wann?

F. X. Breu, Praxis für Gefäßmedizin am Tegernsee, Rottach-Egern

▲ Bei der Einführung der neuen oralen Antikoagulanzen wird die Vereinfachung der Therapie durch Wegfall von parenteraler Applikation und INR-Kontrollen hervorgehoben. Ob die antikoagulatorische Therapie wirklich einfacher wird, muss im Einzelfall diskutiert werden. Neue mögliche präparatespezifische Probleme sind zu beachten, abhängig von Resorption, Wirkmechanismus, Ausscheidungsweg und Interaktion mit anderen Medikamenten.

Ein unkritischer Einsatz von einem der neuen oralen Antikoagulanzen führte bereits zu letalen und lebensbedrohlichen Blutungskomplikationen. Wirkmechanismus, Kontraindikationen und Interaktionen sind nicht für alle Substanzen gleich! Andererseits eröffnen die neuen Substanzen neue Möglichkeiten und Chancen bei der Antikoagulation. Eine neue Individualisierung der verschiedenen therapeutischen Optionen, einschließlich der herkömmlichen mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) und Heparinen, wird nötig.

Prophylaxe

Bei der postoperativen Thromboseprophylaxe liegen die bisher größten Erfahrungen im breiteren Einsatz in Praxis und Klinik vor. Erste Probleme, im Gegensatz zu den niedermolekularen Heparinen (NMH) und Fondaparinux, ergaben sich durch die Compliance des Patienten und die erschwerte Dokumentation. Durch die bisherige subkutane Applikation der NMH durch das Pflegepersonal war eine hohe Therapiesicherheit gewährleistet.

Postoperative Resorptionsstörungen sind bei der Gabe aller oralen Antikoagulanzen zu beachten. Diese können durch Anästhesie, gastrointestinale Parese und Auswirkungen der Operation bedingt sein (mögliche Resorptionshindernisse sind: horizontale Position mit gastroduodenalem Reflux, Erbrechen, verminderte Peristaltik). Dieses Problem ist vor allem beim ohnehin schlechter resorbierbaren Dabigatran (Pradaxa®) zu beachten.

Ist die poststationäre Prophylaxe längerfristig notwendig, tritt die Problematik der Compliance des Patienten, abhängig von Rekonvaleszenz und Adhärenz, noch stärker in den Vordergrund. Allerdings zeigten große Studien zur ambulanten NMH-Gabe eine wesentlich höhere Compliance des Patienten bei der subkutanen Applikation (Tinzaparin) als bei der Tabletteneinnahme (VKA) (1), was überraschend war.

Bei NMH-Anwendung kann es andererseits zu lokalen allergischen Hautreaktionen kommen, und sehr selten kann eine heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT) auftreten. Thrombozytenkontrollen werden allerdings für den ambulanten internistisch/gynäkologischen Bereich nicht mehr empfohlen (aktuelle ACCP-Leitlinien). Eine Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz, insbesondere auch bei alten Patienten mit niedriger Kreatininclearance, ist bei den meisten Substanzen erforderlich.

Über eine höhere Rate postoperativer Blutungen im OP-Bereich wie auch über eine erhöhte Rate sekundärinfektiöser Komplikationen mit der Notwendigkeit häufigerer Re-Operationen im Vergleich zur herkömmlichen NMH-Prophylaxe wurde unter Rivaroxaban (Xarelto®) berichtet. Dies könnte neben der Belastung des Patienten auch einen nicht unerheblichen stationären Kosteneffekt hervorrufen. Erste diesbezügliche Meldungen (2) müssen allerdings noch bestätigt werden. Diese vermehrt aufgetretenen Wundkomplikationen waren in den untersuchten Endpunkten der großen Zulassungsstudien der „Neuen Orale“ zumindest nicht enthalten.

Bei Anwendungsbeschränkungen und Kontraindikationen der neuen oralen Antikoagulanzen (siehe die jeweiligen Fachinformationen), zu denen auch hohes Lebensalter des Patienten gehört, sind Dosisanpassungen geboten, was eine individualisierte Vorgehensweise ähnlich wie bei der NMH-Gabe erfordert. Die empfohlenen Dosisreduktionen bei Vorliegen relativer Kontraindikationen sind Analogschlüsse der Hersteller und nicht ausreichend evidenzbasiert.

Wie bei allen bisherigen oralen Antikoagulanzen bestehen auch bei den „Neuen“ Interaktionen mit anderen Medikamenten, wenn auch in geringerem Ausmaß. Neben einer dadurch bedingten Verminderung der gerinnungshemmenden Wirkung, die nicht mehr mit der INR (VKA) oder der Anti-Faktor-Xa-Aktivität (NMH) gemessen werden kann, steht die Wirkungsverstärkung mit der Gefahr von Blutungskomplikationen im Vordergrund. Bisher gibt es kein Antidot für die „Neuen Orale“, was bei erhöhtem Blutungsrisiko (z.B. auch bei gleichzeitiger Gabe eines Thrombozytenfunktionshemmers wie ASS und Clopidogrel) die Indikationsstellung mitbestimmt. Da speziell Dabigatran auch die thrombininduzierte Thrombozytenfunktion hemmt, ist dieses Präparat vor allem auch bei Thrombozytopathien und ohnehin gestör-