Sofort Therapie und Kompression

Wie man Schaden begrenzt und Rezidiven vermeidet

Bei bereits bestehender Venenthrombose gibt es zwei wesentliche Ziele: Schadensbegrenzung und das Vermeiden von Thromboserezidiven.

Bei der Behandlung von Patienten mit Venenthrombose geht es wesentlich darum, eine Lungenembolie sowie das postthrombotische Syndrom zu verhindern.

Die therapeutische Antikoagulation sollte bei gesicherter tiefer Venenthrombose (TVT) sofort beginnen, bevorzugt mit niedermolekularem Heparin (NMH) oder Fondaparinux, heißt es in der aktuellen S2-Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie“. Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit solle mit der Behandlung unmittelbar begonnen werden, noch bevor die Ergebnisse der diagnostischen Tests vorliegen. NMH sowie auch Fondaparinux hätten mehrere Vorteile im Vergleich zu unfractioniertem Heparin (UFH), so die Experten. Genannt werden etwa die fehlende Notwendigkeit routinemäßiger Laborkontrollen mit konsekutiven Dosisanpassungen sowie die praktikablere Anwendbarkeit.

Für die TVT-Therapie mit NMH sind in Deutschland zugelassen: Certoparin, Dalteparin, Enoxaparin, Nadroparin, Reviparin und Tinzaparin. NMH führen viel seltener zur Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ II als UFH. Auch für Fondaparinux wird dieses Risiko als minimal eingeschätzt.

Kompressionstherapie gegen postthrombotisches Syndrom

Um Häufigkeit und Schwere des postthrombotischen Syndroms zu reduzieren, wird eine Kompressionstherapie empfohlen. Diese sollte so früh wie möglich beginnen.

Die initiale, parenterale Antikoagulation sollte mindestens fünf Tage dauern – immer so lange, bis eine INR > 2 unter der parallel eingeleiteten oralen Antikoagulation mit einem Vitamin-K-Antagonisten über mindestens 24 Stunden erreicht worden ist. Für die Dauer der Antikoagulation sind das individuelle Risiko für Rezidivthrombosen und das Blutungsrisiko des jeweiligen Patienten maßgeblich. Nach einer ersten idiopathischen Venenthrombose im Unterschen-

kel etwa wird eine orale Antikoagulation über drei Monate und nach einer idiopathischen Thrombose proximal (etwa im Oberschenkel oder Becken) eine Behandlung von mehr als drei Monaten empfohlen.

Bei Tumorpatienten raten die Experten aufgrund des erhöhten Blutungs- und Thromboserezidivrisikos zur Behandlung mit einem NMH für drei bis sechs Monate anstelle von Vitamin-K-Antagonisten. Seit kurzem ist Dalteparin aufgrund positiver Studiendaten explizit zur Rezidivprophylaxe venöser Thromboembolien bei Krebspatienten zugelassen. In einer Studie war die Rezidiv-Thromboserate nach einem halben Jahr um die Hälfte niedriger als unter dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin.

Derzeit werden auch die einfacher als Vitamin-K-Antagonisten zu handhabenden oralen Substanzen Dabigatran und Rivaroxaban für die Therapie bei Venenthrombosen und die Sekundärprophylaxe geprüft. Rivaroxaban führte in einer Studie zu einer signifikanten Reduktion von Rezidiven im Vergleich zu Warfarin – bei vertretbarem Blutungsrisiko.

(Ingrid Kreutz)