Antithrombotische Behandlungsstrategien

Die Notwendigkeit antithrombotischer Behandlungsstrategien ergibt sich aus der hohen Krankheitspotenz thromboembolischer Erkrankungen: Allein in Europa wird die Rate an thromboembolischen Erkrankungen auf ca. 6 Mio. geschätzt. Alle Fächer der Medizin, konservativ oder operativ, kommen damit in Berührung. Die venöse Thrombose weist eine Inzidenz von ca. 2:1000 pro Jahr auf, mit deutlicher Altersabhängigkeit bei über 45-Jährigen. Oft sind erstmals entstandene Thrombosen Ausdruck eines Malignoms. Rund 2/3 aller Thrombosen treten in Zusammenhang mit zeitlich begrenzten Risikosituationen auf, z. B. perioperativ. Etwa 30.000 Patienten versterben pro Jahr an den Folgen einer Lungenembolie, deren zugrunde liegende Thrombose lediglich in weniger als 1/3 der Patienten intra vitam diagnostiziert wird.

Wichtige Manifestationen thromboembolischer Erkrankungen (venös, arteriell) sind das akute Koronarsyndrom, der akute Herzinfarkt, der Schlaganfall, die tiefe Beinvenenthrombose, die Lungenembolie und die periphere arterielle Verschlusskrankheit. Dabei zeigen prädisponierende Faktoren, wie Vorhofflimmern, Herzklappenerkrankungen und Herzinsuffizienz eine hohe Krankheitswertigkeit.

Zur Behandlung dieser Erkrankungen kommen entsprechend der traditionellen Einteilung Thrombozytenaggregationshemmer, Antikoagulanzen und Thrombolytika in Betracht. Diese 3 Substanzgruppen sind stets unter strenger Abwägung möglicher Risiken und Komplikationen einzusetzen. Insbesondere gilt es, ein mögliches therapieinduziertes Auftreten intestinaler und zerebraler Blutungen

prophylaktisch anzugehen, es rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

■ Die Vermeidung von Blutungskomplikationen ist beim Einsatz antithrombotischer Therapien vorrangig.

Das bislang für die Therapie mit Antikoagulanzen (z. B. Vitamin-K-Antagonisten) obligate und für die Vielzahl der behandelten Patienten oft beschwerliche Gerinnungsmonitoring (Quick-Wert, International Normalized Ratio) kann möglicherweise künftig bei Verwendung neuerer Substanzen reduziert bzw. aufgehoben werden. Diese oralen Thrombininhibitoren werden nicht über das P450-System metabolisiert, haben keinen genetischen Polymorphismus und erfordern keine ständige Dosisanpassung. Neuere Studien (Rocket AF, Einstein-DVT, RELY u. a.) haben gezeigt, dass z. B. der oral verwendbare Thrombin- (Faktor II-) Inhibitor Dabigatran sowie der Faktor-Xa-Antagonist Rivaroxaban bei der Behandlung des Vorhofflimmerns Vorteile bieten. Erfreulicherweise könnte auch bei Verwendung der neuen Inhibitoren die überlappende, perioperative und oft zeitaufwendige Heparintherapie bei Übergang von Vitamin-K-Antagonisten auf Heparin und umgekehrt verkürzt werden. Nach vollständiger Auswertung der laufenden Studien wird sich zeigen, ob die „Marcumar-Ära“ zu Gunsten der sog. „Neuen Antikoagulanzen“ beendet werden kann.

■ Durch die Neuentwicklung oraler Thrombininhibitoren hat ein Umdenken in der oralen Langzeitantikoagulation begonnen.

Das vorliegende Heft zum Schwerpunktthema der „antithrombotischen Strategien“ fokussiert die angesprochenen Krankheitsbilder und zeigt neue Therapiemöglichkeiten, insbesondere unter dem Blickwinkel der neuen antithrombotischen Substanzentwicklungen.

B.E. Strauer

S.M. Schellong

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. B.E. Strauer

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
 strauer@med.uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. S.M. Schellong

Medizinische Klinik 2, Städtisches
 Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
 Friedrichstraße 41, 01067 Dresden
 schellong-se@khdf.de