Schutz vor Rezidiven im Visier

Neue Trends in Akut- und Folgetherapie der TVT

Bei der Behandlung von Patienten mit tiefer Venenthrombose geht es nicht nur darum, Komplikationen zu verhindern. Ein weiteres wichtiges Ziel ist der effektive Schutz vor Rezidiven.

Komplikationen verhindern und Rezidive vermeiden – bei tiefer Venenthrombose zielt die Therapie auf beides ab und ist daher in Initial- und frühe Erhaltungstherapie sowie Sekundärprophylaxe unterteilt. Ein Wirkstoffwechsel ist neuerdings nicht mehr zwingend erforderlich.

Lungenembolie und postthrombotisches Syndrom sind gefürchtete Folgen einer tiefen Beinvenenthrombose. Entsprechend wichtig ist eine frühzeitige Behandlung. Gemäß der aktuellen S2-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der

tiefen Beinvenenthrombose (TVT) rechtfertigt allein schon eine hohe klinische Wahrscheinlichkeit die Intervention.

Initiale Antikoagulation mit NMH oder Fondaparinux

Prof. Schinzel von der Universitätsklinik in Mainz empfahl beim diesjährigen Kongress der DGIM, die initiale Antikoagulation mit einem niedermolekularen Heparin (NMH) oder mit dem indirekten Faktor-Xa-Hemmer Fondaparinux zu beginnen. Beide Substanzarten erfordern keine Laborkontrollen. Jedoch ist auf die Nierenfunktion zu achten.

Folgende NMH sind in Deutschland für die Behandlung von Patienten mit TVT zugelassen: Certoparin, Dalteparin, Enoxaparin, Nadroparin, Reviparin und Tinzaparin. Parallel ist mit Vita-

min-K-Antagonisten zu antikoagulieren; stehen keine invasiven Maßnahmen an, bereits vom ersten Tag an. Nach sieben Tagen sollte mit Phenprocoumon der INR-(International Normalized Ratio)-Zielkorridor von 2,0 bis 3,0 erreicht sein. 24 Stunden später können die Heparine bzw. Fondaparinux abgesetzt werden. Eine schnellere Aufsättigung ist zu vermeiden, da sie oftmals eine Phase der Überkoagulation nach sich zieht¹.

Seit Kurzem ist der selektive Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban für die Akut- und Folgebehandlung von TVT zugelassen. Der Wirkstoff ist oral einzunehmen und kann in fixer Dosierung gegeben werden. Seine gute Wirksamkeit zur TVT-Therapie und -Rezidivprophylaxe im Vergleich zu Enoxaparin hat Rivaroxaban in der EINSTEIN-Studie bewiesen.

ASS doch kein Placebo

Auch die Acetylsalicylsäure (ASS), die lange Zeit eher als Placebo bei der Sekundärprophylaxe galt, könnte rehabilitiert werden. Bei Patienten, die im Anschluss an eine konventionelle orale Antikoagulation 100 mg ASS erhielten, ließ sich das Risiko einer erneuten venösen Thromboembolie um 47% reduzieren². Im Vergleich zu Rivaroxaban ist ASS zwar weniger wirksam, dafür liegen die Blutungsraten deutlich niedriger.

Die Dauer der Sekundärprophylaxe richtet sich danach, ob es sich um ein Erstereignis oder ein Rezidiv handelt, ob es eine idiopathische oder sekundäre Thrombose war, und ob andere Risikofaktoren bestehen. Auch das Blutungsrisiko muss bedenkt werden. (Dagmar Kraus)

> Empfohlene Antikoagulationsdauer – die Dauer der Antikoagulation beträgt mindestens drei Monate

Indikation	Dauer	
Erstes Ereignis	bei transientem Risikofaktor (z.B. Operation)	3 Monate
	bei idiopathischer Genese, distal	3 Monate
	bei idiopathischer Genese, proximal	> 3 Monate
	bei idiopathischer Genese, proximal, bei geringem Blutungsrisiko und gutem Monitoring	zeitlich unbegrenzt
	bei aktiver Krebserkrankung - initial mit NMH - anschließend mit NMH oder VKA	3– 6 Monate zeitlich unbegrenzt
Rezidiv	bei idiopathischer Genese	zeitlich unbegrenzt
	Bei zeitlich unbegrenzter Antikoagulation ist eine regelmäßige Risiko-Nutzen-Analyse erforderlich!	

Quelle: nach the 8th ACCP Conference on Antithrombotic & Thrombolyse Therapy

¹Internist 2011, 52: 1284-1291

²NEJM 2012, 366: 1959-67)