Thromboseprophylaxe bei betagten Patienten

Im Alter zählen Niere und Komedikation

Mit dem Alter steigt das Thrombose-, aber auch das Blutungsrisiko. Daran müssen sich Art, Dosis und Dauer der Thromboseprophylaxe orientieren.

Bei Patienten über 75 werden Antikoagulanzen zur Thromboseprophylaxe nur zurückhaltend verordnet, meist aus Angst vor Blutungen. Dabei haben ältere Patienten per se schon ein mittleres Risiko für Thromboembolien, das mit jedem weiteren Risikofaktor weiter steigt, warnen Prof. Regina Roller und Dr. Paul Feichtinger von der Medizinischen Universität Graz¹.

Kommen etwa infektiös-entzündliche oder rheumatische Erkrankungen hinzu, sind die Patienten bereits in die Risikostufe „hoch“ einzuordnen. Der größte Risikofaktor aber ist eine Operation.

Serumkreatinin als Marker im Alter nicht verlässlich

Um das Blutungsrisiko möglichst gering zu halten, ist bei betagten Patienten auf die Nierenfunktion zu achten, denn die meisten Antikoagulanzen werden renal ausgeschieden. Allerdings sei das Serumkreatinin im Alter oft kein verlässlicher Marker mehr, so die Grazer Experten. Denn bei gebrechlichen Patienten, die nur noch wenig Muskelmasse haben, können die Werte trotz Nierenfunktionsstörung physiologisch sein.

Bei eingeschränkter Nierenfunktion soll die Dosierung von unfractioniertem Heparin anhand der aktivierten partiellen Thromboplastinzeit überprüft und wenn nötig angepasst werden. Im Notfall kann die Antikoagulation mit Protaminsulfat vollständig blockiert werden.

Die Wirkung der niedermolekularen Heparine (NMH) lässt sich anhand des Anti-Faktor-Xa-Spiegels kontrollieren. Mit sinkendem Molekulargewicht steigt übrigens der Anteil, der über die Nieren ausgeschieden wird, und somit die Akkumulationsgefahr. Auch einige Medikamente können die Wirkung der NMH verändern. Bei Patienten, die weniger als 40 kg wiegen oder mit glomerulärer Filtrationsrate unter 30 ml/min ist von Anfang an eine NMH-Dosisanpassung angeraten.

Bei Fondaparinux muss bei glomerulärer Filtrationsrate von 20–50 ml/min die prophylaktische Dosis auf 1,5 mg/Tag reduziert werden, unter 20 ml/min ist die Substanz kontraindiziert. Die Dabigatran-Dosierung sollte bei eingeschränkter Nierenfunktion auf 150 mg/Tag gesenkt werden. Und bei Werten <30 mg/ml ist von der Anwendung von Dabigatran abzusehen². Für Rivaroxaban und Apixaban gilt

eine Kreatinin-Clearance ≤ 15 mg/ml als Grenzwert. (Dagmar Kraus)

¹Z Gerontol Geriat 2012, 45: 231

²Med Klin Intensivmedizin 2011, 106: 198

> Diese Arzneien beeinflussen die NMH-Wirkung

Substanz	Interaktionen
Antibiotika	Wirkung erhöht
Antihistaminika	Wirkung erniedrigt
Ascorbinsäure	Wirkung erniedrigt
Dextrane	Wirkung erhöht
Digitalis	Wirkung erniedrigt
Fibrinolytika	Wirkung erhöht
Cumarinderivate	Wirkung erhöht
Thrombozytenaggregationshemmer	Wirkung erhöht

Quelle: Z Gerontol Geriat 2012, 45:231–241

Mehr Blutungen und mehr Rezidive Diabetiker besonders gefährdet

© Prof. Dr. Christoph F. Dietrich

Diabetes treibt nicht nur das Thromboserisiko in die Höhe – Diabetiker haben im Ernstfall auch mehr Komplikationen.

Bei Thrombosepatienten, die zusätzlich an Diabetes erkrankt sind, ist Vorsicht geboten: Sie haben deutlich mehr Komplikationen als stoffwechselgesunde Thrombosepatienten. So erhöhte Diabetes in einer aktuellen Studie das Rezidivrisiko für eine tiefe Venenthrombose um 7%. Zudem lag das Risiko für lang anhal-

tende schwerwiegende Blutungen in Folge einer Antikoagulation bei Diabetikern um 40% höher als bei Nicht-Diabetikern.

In der Studie stellte sich Diabetes als unabhängiger Prognosemarker für das Rezidivrisiko heraus. Für das Blutungsrisiko hingegen waren eine eingeschränkte Nierenfunktion sowie eine ASS-Therapie zum Zeitpunkt der Entlassung ausschlaggebend. Beides müsse bei der Auswahl der Antikoagulantien berücksichtigt werden, schreiben die Autoren aus Boston. (dk)
Am J Med 2012, 125: 709