Thromboseprophylaxe

Ein Ziel – viele Wege

Jedes Jahr erleiden in Deutschland schätzungsweise 80.000 Menschen eine Venenthrombose. Die hohe Inzidenz bekräftigt die Notwendigkeit einer effektiven Thromboembolie-Prophylaxe.

Das Thromboserisiko richtet sich gemäß der aktuellen S3-Leitlinie nach Art und Umfang einer Operation, eines Traumas oder einer akuten Erkrankung mit Immobilisation. Zusätzlich spielen personenbezogene Faktoren eine Rolle, wie Übergewicht, Alter und Thrombosen bei nahen Verwandten. Wer schon einmal eine Beinvenenthrombose erlitten hat, ist besonders gefährdet. Relevant sind auch Thrombophilien.

Bei Rheumatikern ist die Thromboserate doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung [1]. Krebspatienten müssen bis zu zwölf Monate nach Chemotherapie mit einem neunmal höheren Risiko leben als nichtonkologische Patienten [2]. Liegt aufgrund der bestehenden Risikofaktoren ein mittleres oder gar hohes Gesamtrisiko vor, empfiehlt die S3-Leitlinie eine medikamentöse Prophylaxe.

Niedermolekulare Heparine (NMH) haben im Vergleich zu unfractioniertem Heparin (UFH) einige Vorteile, wie die

Leitlinie betont. Ihre Bioverfügbarkeit ist besser, ihre Halbwertszeit länger und sie müssen nur einmal täglich injiziert werden. Heparininduzierte Thrombozytopenien vom immunologischen Typ und Osteopenien sollen bei NMH deutlich seltener auftreten. Ihre Wirksamkeit haben Certoparin (Mono-Embolex®), Dalteparin (Fragmin®), Enoxaparin (Clexane®), Nadroparin (Fraxiparin®, Fraxodi®), Riviparin (Clivarin®) und Tinzaparin (innohep®) in vielen Studien mit orthopädischen Patienten bewiesen.

Auch Fondaparinux (Arixtra®), ein synthetisch hergestellter selektiver Faktor-Xa-Hemmer, hat sich bei dieser Indikation als wirksam und gut verträglich erwiesen.

Edoxaban bislang nur in Japan zugelassen

Zur Prophylaxe nach Hüft- und Kniegelenkersatzoperation zugelassen sind seit 2008 zudem der Thrombininhibitor Dabigatran (Pradaxa®) und der direkte Fak-

Relativ viele Thrombosen ...

haben z. B. Rheuma-Patienten und Krebskranke.

- Bei Rheumatikern ist die Thromboserate doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.
- Krebspatienten müssen bis zu zwölf Monate nach Chemotherapie mit einem neunmal höheren Risiko leben als nichtonkologische Patienten.

tor-Xa-Hemmer Rivaroxaban (Xarelto®), seit 2011 Apixaban (Eliquis®), auch ein direkter Faktor-Xa-Hemmer. Alle drei Substanzen erwiesen sich als ebenso gut wirksam wie Enoxaparin. Das bestätigte jüngst auch eine große Metaanalyse [3], wobei die bezüglich der Prävention wirksameren Substanzen tendenziell auch mit einem etwas höheren Blutungsrisiko assoziiert waren.

„In absoluten Zahlen sind die Risikoreduktionen und -erhöhungen jedoch so gering, dass praktisch keine Unterschiede zwischen den neuen oralen Antikoagulanzen und Enoxaparin bestehen“, kommentierte der Neurologe Professor Hans-Christoph Diener aus Essen die Ergebnisse [4].

Edoxaban (Lixiana®), ein weiterer direkter Faktor-Xa-Inhibitor, ist bisher nur in Japan zugelassen.

Für Patienten mit akuten internistischen Erkrankungen empfiehlt die Leitlinie eine VTE-Prophylaxe mit NMH oder Fondaparinux. Zur VTE-Prophylaxe bei dieser Indikation zugelassen sind Enoxaparin, Dalteparin, Certoparin und Fondaparinux. Patienten mit ischämischem Insult profitieren von NMH, wenn kein akutes Blutungsrisiko besteht.

Patienten mit Krebserkrankungen sollten laut aktualisierter Leitlinie der American Society of Clinical Oncology vor einem Eingriff die Prophylaxe mit NMH beginnen und diese über mindestens sieben bis zehn Tage fortführen, Hochrisikopatienten sogar über bis zu vier Wochen [5].

(Dagmar Kraus)

Typischer Befund bei venöser Thrombose im linken Bein; das Bein ist, wie die Umfangmessung zeigt, deutlich geschwollen und verfärbt.

[1] JAMA 2012, 308:1350; [2] Cancer 2013, 119:648; [3] BMJ 2012, 344:e3675; [4] InFo Neurologie & Psychiatrie 2013, 15:16; [5] JCO 2013, online 21. Mai