Bewegung und Medikamente gegen den Thrombus

Viele Venenverschlüsse sind vermeidbar

Risikopatienten müssen vor venösen Thromboembolien geschützt werden. Dafür gibt es heute mehr Optionen denn je.

Pro Jahr erleiden ein bis zwei von 1000 Personen eine venöse Thromboembolie in Form einer tiefen Venenthrombose (TVT) oder einer Lungenembolie (LE). Selbst bei frühzeitiger Therapie liegt die 4-Wochen-Mortalität nach LE bei etwa 12%. Aber auch eine TVT ohne Krebserkrankung verkürzt das Leben um fünf Jahre.

Prophylaktische Maßnahmen könnten Embolien verhindern!

Ein Großteil der venösen Thromboembolien tritt zwar spontan auf, viele Ereignisse, vor allem bei Hochrisikopatienten, könnten aber durch eine geeignete Prophylaxe verhindert werden.

Art und Umfang der Prophylaxe richten sich nach der Höhe des Risikos für venöse Thromboembolien, das sich aus expositionellen Risiken (z. B. Op.) und dispositionellen Risikofaktoren (z. B.

frühere venöse Thromboembolien, Krebserkrankung) zusammensetzt.

Medikamentöse Prophylaxe bei höherem Risiko

Bei niedrigem Risiko, etwa kleinen Operationen und fehlender Thrombose-neigung, sind Basismaßnahmen wie frühe Mobilisierung und Bewegungsübungen ausreichend. Bei mittlerem und hohem Risiko für venöse Thromboembolien müssen die Basismaßnahmen mit einer medikamentösen Prophylaxe kombiniert werden.

Ein mittleres Risiko besteht laut der gerade abgelaufenen Leitlinie von 2010 z. B. bei arthroskopischen Gelenkoperationen an den unteren Extremitäten, akuter Herzinsuffizienz, Infekten mit Bettlägerigkeit und stationärer Tumorthherapie. Von einem hohen Risiko ist u. a. auszugehen bei größeren Operationen, Polytrauma, Schlaganfall mit Beinparese und akut dekompensierter COPD mit Beatmung.

Zur medikamentösen Prophylaxe haben sich seit Langem die niedermolekularen Heparine (NMH) bewährt. Nach grö-

ßeren orthopädischen Eingriffen sowie bei allgemein chirurgischen und internistischen Patienten kann auch Fondaparinux gegeben werden. Inzwischen ist auch eine orale Behandlung möglich: Die direkten oralen Antikoagulantien Apixaban, Dabigatran und Rivaroxaban sind z. B. zur Primärprävention nach Hüft- und Kniegelenkersatz zugelassen. (bs)

Die S3-Leitlinie zur „Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)“ (Stand 6/2010) wird gerade überarbeitet. Eine Aktualisierung ist für 9/2015 angekündigt.

Gefäßchirurgie 2012; 17: 275-279

Bei niedrigem Risiko reichen Basismaßnahmen zum Schutz bereits aus.

Neue Studien zur Thrombektomie

Große Erfolge mit neuen Stent-Retrievern

Lange Zeit war die mechanische Thrombektomie umstritten. Jetzt belegen gleich fünf Studien ihre Wirksamkeit.

Bisherige Studien ließen Zweifel am Nutzen der Thrombektomie aufkommen. Aktuelle Daten zu neuen Stent-Retrievern zeichnen nun ein anders Bild.

Den Auftakt machte die Untersuchung MR CLEAN zu Beginn des Jahres: 500 Patienten mit Thromben im vorderen Teil der Hirnarterien bekamen eine rt-PA-Lyse, bei der Hälfte wurde zudem in den ersten sechs Stunden nach Symptombeginn eine Rekanalisierung per Katheter versucht [1].

Nach 90 Tagen erreichten signifikant mehr Patienten mit Stent-Retriever (33% vs. 19%) einen Wert von max. zwei Punkten auf der modifizierten Rankin-Skala (mRS) – sie konnten also noch ohne fremde Hilfe ihren Alltag bewältigen.

Studienergebnisse stützen das Verfahren

Es folgten im Februar dieses Jahres auf einer Konferenz drei weitere Studien mit teilweise noch besseren Ergebnissen: In EXTEND IA war die Rate von Patienten mit einem mRS-Score von 0–2 nach drei Monaten bei zusätzlicher Thrombektomie nahezu doppelt so hoch (71 vs. 40%) wie

bei einer alleinigen Lyse. Ein ähnliches Bild ergab sich bei diesem Endpunkt zugunsten der Thrombektomie auch in ESCAPE (53 vs. 29%) und SWIFT-PRIME (60 vs. 33%). Schließlich war in REVASCAT nach drei Monaten der Anteil der funktionell unabhängigen Patienten mit Thrombektomie signifikant höher als mit alleiniger rt-PA-Lyse (43 vs. 28%). Das Besondere hier: Die Patienten durften noch bis zu acht Stunden nach Symptombeginn behandelt werden [2]. Tendenziell waren in diesen Studien auch die Sterberaten in den Thrombektomie-Gruppen niedriger, signifikant war der Unterschied aber nur in ESCAPE (19 vs. 10%).

Ein Wermutstropfen: Geeignet ist die Methode nur bei Patienten mit Verschlüssen in großen proximalen Gefäßen und gut sichtbarer Penumbra in der Bildgebung – das betrifft nur etwa 10–20% aller Patienten mit ischämischem Insult. (mut)

[1] NEJM 2015; 372: 11-20;

[2] NEJM 2015; 372: 2296-2306