Orale Antikoagulation

Bewährte Strategie bei vielen kardiologischen Indikationen

— Mit dem Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon steht ein bewährter Wirkstoff mit günstigem Nutzen-Risiko-Profil und der Möglichkeit einer individuellen, risikoadaptierten Dosierung für eine leitlinien-gerechte orale Antikoagulation zur Verfügung.

Während sich die neueren Antikoagulanzen im klinischen Alltag erst noch bewähren müssen, hat der Arzt mit Phenprocoumon (Marcumar®) ein seit Jahrzehnten etabliertes Medikament für die orale Langzeitantikoagulation an der Hand, berichtete Prof. Walter A. Wuillemin, Luzern. Zu den relevanten Vorteilen des Vitamin-K-Antagonisten zähle seine lange Halbwertszeit, die gute Resorption und die Verfügbarkeit eines Antidots. Zudem könne die Substanz

auch bei niereninsuffizienten Patienten eingesetzt werden. Die engmaschige Kontrolle des Gerinnungsstatus ermöglicht eine rasche Dosisanpassung und trägt zu einem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis bei. Außerdem können regelmäßige INR-Kontrollen dem behandelnden Arzt Einblick in die Compliance der Patienten geben, so Dr. Johannes Scheeser, München. Auch unter ökonomischen Aspekten bevorzugt der Allgemeinmediziner Phenprocoumon gegenüber den neueren Antikoagulanzen.

Leitliniengesicherte Therapie bei Vorhofflimmern

Nach den aktualisierten ESC-Leitlinien sollten Patienten mit Vorhofflimmern und

einem Risikofaktor ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-Score} = 1$) entweder ein Antikoagulum oder ASS (75–325 mg/d) erhalten, wobei eine orale Antikoagulation gegenüber ASS bevorzugt werden sollte. Bei einem $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-Score} \geq 2$ sollte immer eine orale Antikoagulation mit einem INR-Bereich von 2 bis 3 erfolgen (Camm AJ et al. Eur Heart J 2010; 31: 2369–2429). Plättchenhemmer sollten nur dann eingesetzt werden, wenn eine dauerhafte orale Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten kontraindiziert ist.

■ Abdol A. Ameri

Quelle: Pressegespräch „Marcumar® – Antikoagulation aus dem Süßklee: bewährt, leitlinien-gerecht, individuell“ anlässlich der GTH-Tagung 2012, St. Gallen, Februar 2012 (Veranstalter: MEDA Pharma)

Schmerztherapie beim betagten Patienten

Im Alter rechtzeitig niedrig dosierte Stufe-III-Opiode einsetzen

— Ältere Patienten mit chronischen Schmerzen können durch eine frühzeitige Umstellung von Stufe-I- auf Stufe-III-Analgetika eine schnelle und anhaltende Reduktion der Schmerzen und der dadurch bedingten Einschränkungen im Alltag erreichen.

Aufgrund von Multimorbidität und Multimedikation kann die Schmerztherapie im Alter eine Herausforderung darstellen. Bei über 75-jährigen Patienten haben die Schmerzen bei etwa der Hälfte der Patienten muskuloskelettale Ursachen, berichtete Dr. Norbert Griebinger, Erlangen. Eine entsprechende Berücksichtigung der Komorbiditäten vorausgesetzt, sei eine individuell angepasste Schmerztherapie auch im hohen Alter erfolgreich. Bei dementen Schmerzpatienten gehe eine suffiziente Schmerztherapie mit einer Reduktion von Agitation und Aggression einher.

Die Ergebnisse einer aktuellen Anwendungsbeobachtung zeigen, dass unzureichend behandelte ältere Patienten mit chronischen Schmerzen von einer Umstellung von NSAR auf das nur alle sieben Tage

Bei etwa der Hälfte der Über-75-Jährigen haben Schmerzen eine muskuloskelettale Ursache.

zu applizierende Buprenorphin-Pflaster (Norspan®) profitieren können. An der zwölfmonatigen Studie nahmen 891 Patienten (mittleres Alter 72,8 Jahre) teil. Sie litten überwiegend unter muskuloskelettalen Schmerzen (84,7%). 70% der Patienten waren mit NSAR eingestellt, berichtete Priv.-Doz. Dr. Michael Überall, Nürnberg. Schon nach ein bis zwei Wochen wurde eine Schmerzreduktion um 30% erreicht. Innerhalb von drei bis fünf Wochen

sank die Intensität der Schmerzen um 50% und innerhalb von sieben bis zwölf Wochen um 70%. Die stärksten Veränderungen wurden in den ersten drei Wochen beobachtet.

Parallel zu den Schmerzen verbesserten sich die schmerzbedingten Beeinträchtigungen im Alltag. Nach drei Monaten wiesen 72% und nach sechs Monaten 96% der Patienten keinerlei Beeinträchtigungen auf. Der stärkste Nutzen zeigte sich bei den Patienten, die von Stufe-I-Analgetika auf das Buprenorphin-Pflaster umgestellt wurden. Die Dosis des Stufe-III-Opioids blieb während der bisherigen Beobachtungszeit nahezu konstant: Nach sechs Monaten war über die Hälfte der Patienten mit der niedrigsten Dosis von 5 µg/h Buprenorphin ausreichend versorgt. Laut Überall gibt es keine Zeitlimit für die Behandlung, solange die Patienten davon profitieren.

■ Abdol A. Ameri

Quelle: Vorträge im Rahmen der 14. Südwestdeutschen Schmerztage, Göppingen, Oktober 2011 (Veranstalter: Grünenthal)