Orale Antikoagulation

Revolution in der Thrombosetherapie

Laut S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Angiologie muss bei eindeutigem klinischen V.a. eine tiefe Phlebothrombose eine therapeutische Antikoagulation begonnen werden, um eine bestmögliche Reduktion des Lungenembolierisikos zu erreichen. Hierfür steht als Alternative zur herkömmlichen Vorgehensweise mit niedermolekularem Heparin und anschließender Marcumarisierung der Faktor-Xa-Antagonist Rivaroxaban (Xarelto®) zur Verfügung. Die Substanz kann primär – also ohne Initialtherapie mit Heparin – zur oralen Antikoagulation eingesetzt werden. Sie flutet rasch an (Wirkbeginn nach ca. 30 min, volle Wirkung nach 2–3 h) und besitzt ein wesentlich breiteres therapeutisches Fenster als die herkömmlichen Vitamin-K-Antagonisten.

Initial wird für alle Thrombosepatienten mit einer höheren Dosis von 2 x 15 mg/d begonnen (keine Gewichtsadaptation nötig), die über 21 Tage fortgeführt wird. Bei präterminaler Niereninsuffizienz und Dialysepatienten (Kreatinin-Clearance

< 15 ml/min) wird Rivaroxaban nicht empfohlen.

Einfache Umstellung von Heparin oder Marcumar

Wenn bereits eine Therapie mit Heparin eingeleitet wurde, kann problemlos auf die neue orale Antikoagulation (NOAC) umgestellt werden. Das gilt auch bei Marcumartherapie: zwischen Tag 1 und 21 ab Diagnosestellung der Thrombose/Thromboembolie Absetzen des Vitamin-K-Antago-

nisten. Sobald INR < 2,5 mit 2 x 15 mg/d Rivaroxaban beginnen. Ab Tag 22 wird auf 1 x 20 mg/d (Patienten mit Krea.-Clearance > 50 ml/min) bzw. 1 x 15 mg/d (für Patienten mit Krea.-Clearance 15–49 ml/min) für die Dauertherapie umgestellt. Dies gilt sowohl für Patienten, die bis Tag 21 mit Rivaroxaban 2 x 15 mg/d behandelt wurden als auch für Umstellungen von Heparin oder Marcumar nach Tag 21, wobei Rivaroxaban hier erst bei einer INR < 2,0 begonnen werden sollte.

Der klinische Nutzen der NOAC entspricht nach Einschätzung von Dr. Jan Beyer-Westendorf, Dresden, einer Revolution in der Thrombosetherapie, da die EINSTEIN-Studie eine numerische Verringerung sowohl von thromboembolischen Ereignissen als auch von schweren Blutungskomplikationen erbrachte. Dies lässt neben der Vereinfachung der Therapie eine klinische Überlegenheit von Rivaroxaban im Vergleich zur Standardtherapie erwarten.

■ Dr. G. J. Peiseler
Quelle: Pri-Med Update, München, Februar 2012

Längst überfällig

DIALOGUE-Register für hypertone Typ-2-Diabetiker

Nach dem Motto „Ohne Register keinen Durchblick“ soll das DIALOGUE-Register erstmals überprüfen, wie erfolgreich hypertensive Typ-2-Diabetiker behandelt werden.

Für Prof. Diethelm Tschöpe, Bad Oeynhausen, Prof. Anselm Gitt, Ludwigshafen, und Prof. Roland E. Schmieder, Erlangen, Mitglieder des Lenkungsausschusses, ist „ein Register wie DIALOGUE längst überfällig. Den größten Stellenwert wird die ganz individuelle Zielwerterreichung der hypertonen Diabetiker besitzen: Die idealen Blutzucker- und Blutdruckwerte werden vom behandelnden Arzt auf jeden Patienten angepasst, abhängig von Lebensalter, Komorbiditäten oder Lebenserwartung.“ Interimsanalysen sind nach sechs und zwölf Monaten geplant. Nach optio-

nalen Follow-ups nach 36 bzw. 48 Monaten ist der Bericht über die klinischen Daten im April 2016 zu erwarten.

Erhöhtes kardiovaskuläres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko

Rund 90% der Typ-2-Diabetiker leiden gleichzeitig an Hypertonie, was auf gemeinsame Risikofaktoren zurückzuführen ist. Schon Diabetes allein erhöht das Risiko für Folgeerkrankungen wie etwa Schlaganfall oder Lungenödeme. Ein Patient mit Typ-2-Diabetes und Hypertonie hat ein bis zu vierfach erhöhtes kardiovaskuläres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko gegenüber einem Nichtdiabetiker mit Bluthochdruck.

Mit dem DIALOGUE-Register plant Novartis Pharma für das Jahr 2012 die Erfassung des individuellen Behandlungser-

folges verschiedener antidiabetischer und antihypertensiver Therapien sowie deren Kombination in Bezug auf die individuelle Zielwerterreichung nach 24 Monaten. Mit 10 000 hypertonen Typ-2-Diabetikern aus rund 600 Arztpraxen in ganz Deutschland wird DIALOGUE das weltweit erste Register sein, das die Ergebnisse einer kombinierten antidiabetischen und antihypertensiven Therapie auswertet. Verglichen werden in DIALOGUE Inkretin- und Nicht-Inkretin-basierte Diabetestherapien sowie RAAS- und Nicht-RAAS-basierte Hypertonien.

■ Dr. Jochen Aumiller
Quelle: Fachpressekonferenz „Orale Antidiabetika – welchen Zusatznutzen bietet eine moderne Diabetestherapie“, DDG-Kongress, Stuttgart, Mai 2012 (Veranstalter: Novartis Pharma)