Schwere Blutungen unter Antikoagulation?

Angst der Patienten meist nicht berechtigt

— Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) ein rund fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko, das jedoch durch eine orale Antikoagulation (OAK) effektiv gesenkt werden kann. Die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) empfehlen dafür die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) als Mittel der ersten Wahl [Camm AJ et al. Eur Heart J 2012].

Allerdings werden bis heute bei weitem nicht alle Risikopatienten antikoaguliert oder die OAK wird nicht korrekt durchgeführt, kritisierte Dr. Anil Chopra, Toronto/Kanada. Grund ist häufig die Angst vor Blutungen. Das Risiko für schwere Blutungen wird laut Chopra häufig überschätzt. Laut der International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) werden tödliche Blutungen, Blutungen in ein kritisches Organ, z.B. ins Gehirn, und

transfusionspflichtige oder mit einem Hämoglobinabfall von ≥ 2 g/dl einhergehende Blutungen als schwer definiert. Patienten sehen das oft anders: Sie schätzen bereits längeres Nasenbluten, eine schwere Menstruation oder ein länger anhaltendes Nachbluten bei Verletzungen als bedrohlich ein.

Schwere Blutungen halbiert

Schwere Blutungen nach ISTH-Definition sind im Praxisalltag generell selten: Bei Gabe eines Vitamin-K-Antagonisten (VKA) ist mit einer Rate von 6-8 pro 100 Patientenjahre (PJ) zu rechnen. Rund 15% dieser schweren Blutungen verlaufen tödlich. Unter NOAK sind schwere Blutungen sogar noch erheblich seltener: So ist im Falle von Rivaroxaban (Xarelto®) von nur 3-4 schweren Blutungen pro 100 PJ auszugehen, von denen rund 6%

tödlich enden. Damit sind schwere Blutungen nur etwa halb so häufig wie mit den VKA. „Das geringere Risiko für schwere Blutungen ist ein wesentlicher Benefit der NOAK; die Evidenz hierzu ist solide“, kommentierte Chopra.

Grundsätzlich lassen sich rund 90% aller Blutungen unter NOAK-Gabe mit klinischen Routinemaßnahmen wie Verzögerung der nächsten Tabletteneinnahme, Kompression, Volumenersatz oder Transfusion von Erythrozyten, Thrombozyten oder Fresh Frozen Plasma (FFP) kontrollieren. Lediglich bei lebensbedrohlichen Blutungen sollten Prothrombinkomplex-Konzentrate verabreicht werden.

Dr. Katharina Arnheim

▪ Pressekonferenz „Addressing Commonly Misunderstood Anticoagulation Topics“ im Rahmen des ESC-Kongresses 2015; London, September 2015 (Veranstalter: Bayer HealthCare)

HIV-Infektion

Langfristige Gesundheit rückt in den Fokus

— Obwohl HIV-Patienten aufgrund der effektiven Virussuppression länger leben, treten nun häufiger Probleme auf, die mit einer vorzeitigen Alterung und altersbedingten Komorbiditäten assoziiert sind, berichtete Prof. Jürgen Rockstroh, Bonn.

HIV-Patienten sind anfälliger für kardiovaskuläre Erkrankungen, Knochenbrüche und Nierenversagen als HIV-negative Personen [Guaraldi G et al. Outcomes Res. 2013]. Als Ursachen für das vorzeitige Altern nannte Rockstroh einerseits die HIV-assoziierte Immunschwäche und chronische Immunaktivierung sowie die akkumulierte Toxizität der antiretroviralen Therapie [Deeks SG. Annu Rev Med. 2011; Deeks SG. Top HIV Med. 2009]. Als zukünftige Herausforderungen im Management der HIV-Infektion nannte Rockstroh die Entwicklung von Wirkstoffen, die eine optimierte Langzeitverträglichkeit aufweisen.

Dazu beitragen könnte Tenofoviralfenamid (TAF), eine Weiterentwicklung des als Backbone zusammen mit Emtricitabin häufig eingesetzten Tenofovir-disoproxilfumarat (Tenofovir [TDF], Viread®; Fixkombination Emtricitabin/TDF: Truvada®). TAF sei ein Prodrug von Tenofovir mit verbesserter intrazel-

lulärer Aufnahme und geringerer Plasmazirkulation als TDF [Lee W et al. Antimicro Agents Chemo. 2005] sagte Prof. Jürgen Stellbrink, Hamburg. 25 mg TAF (10 mg in geboosterten Regimen) zeigten eine 90% geringere Plasmakonzentration als 300 mg TDF [Sax P et al. JAIDS. 2014]. Zurzeit werde TAF gegen TDF als Bestandteil der HIV-Therapie mit Elvitegravir, Cobicistat und Emtricitabin an knapp 1.700 therapienaiven Patienten verglichen (Sax P et al. CROI 2015; Abstract 143LB), berichtete Stellbrink. Im Verlauf von 48 Wochen zeigte sich mit TAF versus TDF eine signifikant geringere Abnahme der Knochendichte an Hüfte und Lendenwirbelsäule sowie der Nierenfunktion – zwei bekannte kumulative Toxizitäten von TDF.

Andrea Warpakowski

▪ Presseworkshop und Symposium „Noch viel vor – Perspektivenwechsel in der HIV-Therapie“ im Rahmen des 7. Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses (DÖAK); Düsseldorf, Juni 2015 (Veranstalter: Gilead)

Humane Immundefizienz-Viren.

© psdesign1 / fotolia.com