

Ihr Patient braucht Antithrombotika, 3. Folge Wann welche Substanzen?

Die Zahl der Patienten, die eine antithrombotische Therapie erhalten, wird immer größer. Dazu gehören Patienten mit kardio- bzw. zerebrovaskulären Erkrankungen ebenso wie solche mit tiefer Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzklappenersatz und Vorhofflimmern. Bereichert, aber auch komplexer wurde die Therapie durch die Einführung innovativer Thrombozytenaggregationshemmer und oraler Antikoagulanzen. In dieser „Gerinnungssprechstunde“ erhalten Sie Antworten auf Fragen, die sich im hausärztlichen Alltag bezüglich Indikationsstellung, Therapiedauer und Komplikationsmanagement ergeben.



© thinkstock

Infarktverdacht: Duale Plättchenhemmung schon prästationär?

Frage: Wenn man zu einem Patienten mit akutem Thoraxschmerz gerufen wird und bei ihm entsprechend der Symptomatik und/oder des EKG-Befundes den dringenden Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom äußern muss, kann man dann mit der dualen Thrombozytenaggregationshemmung sofort prästationär beginnen?

Antwort: Wenn die Diagnose, soweit möglich, gesichert ist und insbesondere Kontraindikationen ausgeschlossen sind, ist es durchaus nicht nur vertretbar, sondern sogar sinnvoll, mit der dualen Thrombozytenaggregationshemmung bereits außerhalb der Klinik zu beginnen, d. h. man verabreicht sofort 300 mg oder sogar 600 mg Clopidogrel bzw. 180 mg Ticagrelor oder 60 mg Prasugrel zusammen mit Acetylsalicylsäure (ASS).

Stark schwankender INR unter Marcumar: Therapie umstellen?

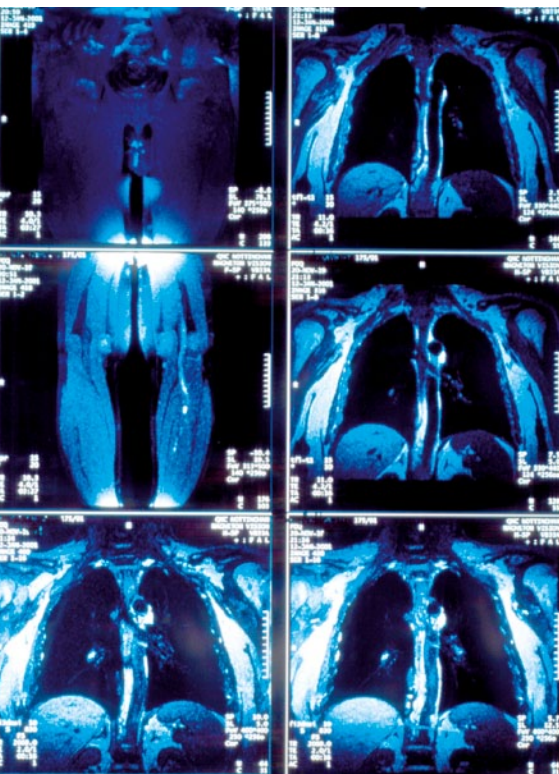
Frage: Bei einem Patienten wurde bei einer ausgedehnten tiefen Beinvenenthrombose mit Lungenembolie in der Klinik eine orale Antikoagulation mit Marcumar eingeleitet. Doch die Einstellung auf den Ziel-INR-Wert gestaltet sich sehr schwierig. Die Werte schwanken zwischen 1,5 und 3,5. Ist bei diesem Patienten eine Umstellung auf Rivaroxaban sinnvoll, und wie sollte man das machen?

Antwort: Bei stark schwankenden INR-Werten sollte man zunächst immer die Compliance überprüfen. Bei unzuverlässiger Medikamenteneinnahme wäre nämlich eine Umstellung auf den Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban keinesfalls sinnvoll; denn bei diesem Medikament kann die Einnahmetreue kaum überprüft werden, da kein Labormonitoring zur Verfügung steht. Sollten Complianceprobleme ausgeschlossen sein, dürfte bei diesen Patienten die Umstellung auf Rivaroxaban durchaus sinnvoll sein.

Bei der Umstellung sollten Sie die Marcumar-Therapie beenden und am darauffolgenden Tag eine INR-Messung durchführen. Liegt der INR-Wert < 2,5, kann man bereits am darauffolgenden Tag mit Rivaroxaban 20 mg 1 x täglich beginnen. Liegt der INR-Wert > 2,5, sollte der INR-Wert täglich kontrolliert werden, bis ein Wert < 2,5 erreicht ist. Erst dann sollte mit der Rivaroxaban-Therapie begonnen werden.

Diese Dosierungsempfehlung gilt jedoch nur dann, wenn das thromboembolische Ereignis drei Wochen zurückliegt. Auch sollte bei einer höhergradigen Einschränkung der Nierenfunktion mit einem GFR < 30 ml/min. die Dosis auf 15 mg Rivaroxaban täglich reduziert werden, und bei einer GFR < 15 ml/min. kann Rivaroxaban nicht empfohlen werden.

DR. MED. PETER STIEFEHLHAGEN ■



© King Holmes/spl/agentur focus

MRT einer tiefen Beinvenenthrombose, die zu einer Lungenembolie geführt hat.



Weitere Infos auf springermedizin.de

Interessante Beiträge zum Thema Blutgerinnung finden Sie auch online:

Zum Dossier „Neue Antikoagulanzen“ geht es unter <http://www.springermedizin.de/2272920>