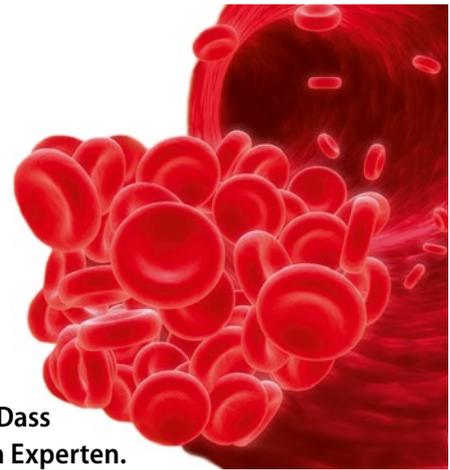


Zwei Fälle aus der Praxis

Welchen Thrombose- schutz empfehlen Sie?

Patienten mit erhöhtem Thromboserisiko brauchen besondere diagnostische Aufmerksamkeit und bei Bedarf die richtige Antikoagulation. Dass dies im Einzelfall nicht immer einfach ist, belegen zwei Fragen an unseren Experten.



© [M] Ingram Publishing / Thinkstock

? Bei einem 65-jährigen Patienten wurde eine Kniegelenksarthroskopie durchgeführt. Auf Empfehlung des Orthopäden habe ich dem Patienten für eine Woche eine Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularem Heparin (NMH) verordnet. Zwei Tage nach Beendigung der Prophylaxe stellte der Patient sich mit einer Bein-schwellung vor, und sonografisch wurde eine tiefe Beinvenenthrombose diagnostiziert. Wie ist so etwas möglich? Und wie soll ich mich verhalten, wenn eine Arthroskopie – wie geplant – am anderen Kniegelenk durchgeführt wird?

Grundsätzlich sollte man wissen, dass eine Thromboseprophylaxe eine Thrombose nicht immer mit absoluter Sicherheit verhindern kann. Man schätzt aber, dass über 50% aller Thrombosen damit

verhindert werden können. Dann stellt sich natürlich auch die Frage, ob Ihr Patient ausreichend „compliant“ war; denn es gibt immer wieder Patienten, die meinen, auf die lästige „Spritzei“ verzichten zu können. Was die Dauer der Prophylaxe betrifft, so können die empfohlenen Zeiten im Einzelfall zu kurz sein, d. h. es gibt Patienten, bei denen zwei Wochen evtl. sinnvoller wären. Im Einzelfall kann, was aber sehr, sehr selten ist, eine Thrombose unter einer NMH-Prophylaxe auch eine milde Form eines HIT Typ II sein. Des Weiteren sollte man auch an eine hereditäre Thrombophilie denken.

Eine Antwort auf den zweiten Teil ihrer Frage zu finden ist sicherlich schwierig, bzw. nicht evidenzbasiert. Es gibt mehrere Möglichkeiten. Entweder verlängern Sie die Prophylaxe auf zwei Wochen oder Sie geben als Alternative Fondaparinux oder Sie machen beides. Dass ein Wechsel des NMH-Präparates sinnvoll ist, glaube ich nicht. Auch eine Dosiserhöhung ist im Hinblick auf mögliche Blutungskomplikationen zu gefährlich, und NOAK sind nur für den Hüft- oder Kniegelenkersatz zugelassen.

? Bei Patienten mit Vorhofflimmern, die einen Stent erhalten, wird bisher eine Triple-Therapie mit ASS, Clopidogrel und Marcumar® über drei bis sechs Monate empfohlen. Diese Empfehlung bereitet mir aber ein ungutes

Gefühl, da darunter das Blutungsrisiko deutlich ansteigt. Gibt es eine weniger gefährliche Alternative?

Bereits vor einigen Jahren wurde in der sog. WOEST-Studie eine solche Triple-Therapie mit einer dualen Therapie mit Marcumar® und Clopidogrel verglichen. Tatsächlich war die Zweierkombination nicht von Nachteil – im Gegenteil, es traten darunter nicht nur weniger Blutungen, sondern sogar weniger Herzinfarkte auf. Es handelte sich aber um eine kleine Studie, sodass sie bisher noch nicht zu einem allgemeinen Umdenken geführt hat.

Auf der letzten Jahrestagung der American Heart Association (AHA) wurde eine Studie präsentiert, bei der das bisherige Vorgehen, also die klassische Triple-Therapie mit dem Vitamin-K-Antagonisten, mit einer modifizierten Triple- bzw. dualen Therapie verglichen wurde bei einer Laufzeit von einem Jahr. Die Patienten erhielten das NOAK Rivaroxaban in einer niedrigen Dosierung von 2 x 2,5 mg plus ASS und Clopidogrel, also eine Triple-Therapie, oder eine duale Therapie mit 15 mg Rivaroxaban plus Clopidogrel.

Der Ersatz des Vitamin-K-Antagonisten durch Rivaroxaban führte innerhalb eines Jahres zu einer deutlichen Reduktion der Blutungsrate in beiden Rivaroxaban-Gruppen, nämlich von 27,7% auf 18% bzw. 16,8%, und zwar ohne dass darunter die antithrombotische Wirksamkeit gelitten hat. Doch bisher ist Rivaroxaban für diese Indikation noch nicht zugelassen.

Dr. med. Peter Stiefelhagen



Bei Kniegelenksspiegelung auch das Thromboserisiko im Blick behalten.

© edwardolive / Getty Images / iStock