

Antikoagulation bei älteren Patienten: Nutzen-Risiko-Bilanz besonders positiv

— Alte Patienten mit Vorhofflimmern weisen häufig ein besonders hohes Schlaganfallrisiko auf. Deshalb ist die Antikoagulation bei alten Patienten besonders wichtig, erläuterte Dr. Jascha Wiechelt, Chefarzt der Geriatrie am Otto-Fricke-Krankenhaus in Bad Schwalbach und Wiesbaden. Doch gerade bei alten Patienten zögern viele Kollegen. Alter per se, Blutungsrisiko, Vergesslichkeit des Patienten und Sturzgefahr sind Gründe,

sich gegen die notwendige Antikoagulation zu entscheiden.

Zum Alter per se: 80-Jährige leben im Schnitt noch acht, 85-Jährige fünf Jahre. Da komme es schon darauf an, wie diese Jahre gelebt werden können, so Wiechelt.

Zum Blutungsrisiko: Die Nutzen-Risiko-Bilanz fällt im Alter häufig um den Faktor 10 positiv aus, sagte Wiechelt. Hier spiele viel Psychologie mit: Die Blutung wird als ärztlicher Fehler betrachtet, der Schlaganfall als gottgegeben. Nach einer Blutung ist die Sterblichkeit auf lange Sicht deutlich erhöht, wenn das Antikoagulans ganz abgesetzt wird. Wiechelts Botschaft: Bitte wieder ansetzen! Zum Sturzrisiko: Laut Wiechelt sollte dies bei maximal 5 % der Patienten ein Grund gegen die Antikoagulation sein. Wenn der Patient auf einem Stuhl sitzt, aufsteht, drei Meter geht, sich umdreht, zurückgeht, sich wieder hinsetzt und dies in 20 Sekunden bewältigt, ist ein erhöhtes Sturzrisiko unwahrscheinlich. Patienten mit Sturzneigung hatten in der ENGAGE-Studie unter Edoxaban ein deutlich geringeres Blutungsrisiko als unter Warfarin.

Zur Vergesslichkeit: Wiechelt empfiehlt den Uhren- und den Geldzähltest (Uhr mit be-

stimmter Uhrzeit malen, Geld in einer Geldbörse zählen lassen), die schnell Rückschlüsse auf kognitive Defizite erlauben. Generell muss sich der Arzt kümmern, dass die Tabletten genommen werden. Bei Dabigatran und Marcumar könne das Öffnen der Packung schwierig sein, für Sehbehinderte könne die Größe der Faktor-Xa-Hemmer ein Problem darstellen.

Vitamin-K-Antagonisten haben im Alter eine bessere Nutzen-Risiko-Bilanz als bei jüngeren Patienten. Wer gut eingestellt ist, muss nicht umgestellt werden, so Wiechelt, es sei denn, die Nierenfunktion ist zu schlecht. NOAK sind insgesamt sicherer und einfacher anzuwenden. Im Alter empfiehlt Wiechelt v. a. Faktor-Xa-Hemmer. An der ENGAGE-Studie mit Edoxaban (Lixiana®) hatte ein hoher Anteil älterer Patienten teilgenommen, sodass für dieses Präparat eine gute Evidenz vorliegt.

Generell mahnte Wiechelt, bei älteren Patienten regelmäßig die Nierenfunktion zu bestimmen. Der Kreatinin-Wert reicht nicht aus, es muss die GFR ausgerechnet werden. Wiechelt: Gehen Sie davon aus, dass ein 80-Jähriger im Schnitt eine GFR von nur noch 40 ml/min/1,73 m² aufweist. *Dirk Einecke*

Symposium „7 Jahre NOACs: Wo stehen wir in der Praxis?“, DGK Herbsttage 2016, Berlin, 7. Oktober 2016; Veranstalter: Daiichi-Sankyo



© dresden / Fotolia

Vorhofflimmern bedeutet für ältere Menschen ein besonders hohes Risiko. Die Antikoagulation ist daher wichtig.

Neue kaliumbindende Substanz schließt Therapielücke

— Als wichtigste Ursache für eine Hyperkaliämie gilt Prof. Michael Böhm, Universitätsklinikum des Saarlandes, zufolge die verringerte renale Elimination, die im Rahmen einer akuten oder chronischen Niereninsuffizienz, aber auch durch die Anwendung von kaliumsparenden Diuretika, nicht steroidalen Antiphlogistika (NSAR) oder Medikamenten bedingt sein kann, die das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) beeinflussen. Im Praxisalltag würden die pathologisch erhöhten Kaliumspiegel bei bis zu 38 % der hyperkaliämischen Patienten mit dem Einsatz von RAAS-Inhibitoren assoziiert sein, berichtete Böhm.

In der Praxis würden aus Sorge vor einer Hyperkaliämie viele chronisch herzinsuffiziente Patienten mit einer suboptimalen Dosis

der RAAS-Inhibitoren behandelt, gab Böhm zu bedenken. Folglich könnten kaliumbindende Substanzen, welche die Entwicklung von chronischen Hyperkaliämien verhindern und gleichzeitig gut verträglich sind, eine wichtige Therapielücke schließen: Die aktuelle ESC-Leitlinie verweist auf die ersten Phase-III-Daten mit den kaliumbindenden Substanzen Patiomer (RLY5016) sowie Zirkoniusilikat (ZS-9). Beide Substanzen sind oral verfügbar, nicht resorbierbar und wirken über das Prinzip des Kationenaustauschs während der Darmpassage. Während Patiomer Kalium im Austausch gegen Kalzium bindet, erfolgt bei ZS-9 der intestinale Kalium-Austausch gegen Natrium.

Patiomer wurde unter anderem in der Phase-III-Studie OPAL-HK bei 243 Patienten

mit chronischer Nierenerkrankung und Hyperkaliämie geprüft. Dabei erwies sich die Substanz als gut verträglich und führte in der ersten vierwöchigen Studienphase zu einem signifikanten Abfall der Kaliumspiegel bzw. verhinderte in der zweiten achtwöchigen Studienphase auch Hyperkaliämie-rezidive im Vergleich zu Placebo signifikant ($p < 0,001$ für beide).

In künftigen Supportive-Care-Konzepten könnten neue kaliumbindende Substanzen wie Patiomer nicht nur das Auftreten einer Hyperkaliämie verhindern, sondern auch Absetzraten unter RAAS-Inhibitoren reduzieren und die Option auf eine höhere RAAS-Inhibitoren-Dosierung eröffnen, so Böhm. *Yuri Sankawa*

Symposium „Hyperkaliämie-Management – neue Optionen zur Optimierung der Poly-Pharmakotherapie des kardiorenenalen Patienten“, DGK Herztage 2016, Berlin, 7. Oktober 2016; Veranstalter: Vifor und Fresenius