

Ärzte Zeitung, 08.07.2011 05:00

Zur Therapie lohnt rascher Start von Kompression plus Medikation

Bei bereits bestehender Venenthrombose gibt es zwei wesentliche Ziele: Schadensbegrenzung und das Vermeiden von Thromboserezidiven.

Bei der Behandlung von Patienten mit Venenthrombose geht es im wesentlichen darum, eine Lungenembolie sowie das postthrombotische Syndrom zu verhindern.

Die therapeutische Antikoagulation sollte bei gesicherter tiefer Venenthrombose (TVT) sofort beginnen, bevorzugt mit niedermolekularem Heparin (NMH) oder Fondaparinux, heißt es in der aktuellen S2-Leitlinie zur "Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie".

Bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit solle mit der Behandlung unmittelbar begonnen werden, noch bevor die Ergebnisse der diagnostischen Tests vorliegen.

NMH sowie auch Fondaparinux hätten mehrere Vorteile im Vergleich zu unfraktioniertem Heparin (UFH), so die Experten. Genannt werden etwa die fehlende Notwendigkeit routinemäßiger Laborkontrollen mit konsekutiven Dosisanpassungen sowie die praktikablere Anwendbarkeit.

Für die TVT-Therapie mit NMH sind in Deutschland zugelassen: Certoparin, Dalteparin, Enoxaparin, Nadroparin, Reviparin und Tinzaparin. NMR führen viel seltener zur Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT) Typ II als UFH. Auch für Fondaparinux wird dieses Risiko als minimal eingeschätzt.

Um Häufigkeit und Schwere des postthrombotischen Syndroms zu reduzieren, wird eine Kompressionstherapie empfohlen. Diese sollte so früh wie möglich beginnen.

Die initiale, parenterale Antikoagulation sollte mindestens fünf Tage dauern - immer so lange, bis eine INR > 2 unter der parallel eingeleiteten oralen Antikoagulation mit einem Vitamin K-Antagonisten über mindestens 24 Stunden erreicht worden ist. Für die Dauer der Antikoagulation sind das individuelle Risiko für Rezidivthrombosen und das Blutungsrisiko des jeweiligen Patienten maßgeblich.

Nach einer ersten idiopathischen Venenthrombose im Unterschenkel etwa wird eine orale Antikoagulation über drei Monate und nach einer idiopathischen Thrombose proximal (etwa im Oberschenkel oder Becken) eine Behandlung von mehr als drei Monaten empfohlen.

Bei Tumorpatienten raten die Experten aufgrund des erhöhten Blutungs- und Thromboserezidivrisikos zur Behandlung mit einem NMH für 3 bis 6 Monate anstelle von Vitamin-K-Antagonisten.

Seit kurzem ist Dalteparin aufgrund positiver Studiendaten explizit zur Rezidivprophylaxe venöser Thromboembolien bei onkologischen Patienten zugelassen. In einer Studie war die Rezidiv-Thromboserate nach einem halben Jahr um die Hälfte niedriger als unter dem Vitamin-K-Antagonisten Warfarin.

Derzeit werden auch die einfacher als Vitamin-K-Antagonisten zu handhabenden oralen Substanzen Dabigatran und Rivaroxaban für die Therapie bei Venenthrombosen und die Sekundärprophylaxe geprüft. Rivaroxaban führte in einer Studie zu einer signifikanten Reduktion von Rezidiven im Vergleich zu Warfarin - bei vertretbarem Blutungsrisiko. (*ikr*)

Copyright © 1997-2011 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH